

## Cornelia Heintze

# Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung: Lehren aus der Coronapandemie

---

### **Von wirksamer Prävention und echter Vorsorge weit entfernt: Stärkung von Public Health notwendig - weltweit**

#### **Die Krise hinter der Krise**

In ihrem Sondermemorandum „Solidaritätspakt zur Krisenbewältigung“ ist die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* Ende April 2020 auch auf die Herausforderungen eingegangen, die die Pandemie für das deutsche Gesundheitssystem bereithält. Zum damaligen Zeitpunkt stand ein eklatanter Mangel an Schutzausrüstungen und Schutzmaterialien sowie an fehlendem Personal in den Gesundheitsämtern im Vordergrund. Zu konstatieren war eine schlechte Vorbereitung. Zwei Betrachtungsebenen sind zu unterscheiden. Die erste Betrachtungsebene betrifft den Ursprung des Virus. WissenschaftlerInnen weisen schon länger darauf hin, dass wir an der Schwelle zu einem Zeitalter der Pandemien stehen, wo die Folgen der Klimakrise und die Folgen des Verlustes von Biodiversität wechselseitig ineinandergreifen. Auf der einen Seite nehmen nicht nur Wetterextreme nach Häufigkeit und Intensität zu. Die Erderwärmung mündet auch in eine Verschiebung der Klimazonen, was Tropenkrankheiten nach Mitteleuropa bringt und Menschen erheblich unter Stress setzt (vgl. den Lancet-Report von Ende 2019); auf der anderen Seite steigt aus teilweise den gleichen Gründen - die industrielle Landwirtschaft mit ihren Monokulturen und viel Pestizideinsatz ist eines der Stichworte - das Risiko für die Entstehung von Zoonosen. Bis zur aktuellen Pandemie sah man darin Gefahren, die weit weg sind - Ebola in Afrika, ZIKA in Südamerika, MERS in u.a. Südkorea (2015). Nun jedoch trifft es in besonderer Weise die hochentwickelten Gesellschaften des sogenannten Westens. Zumindes für den Moment gerät der Zusammenhang zwischen Pandemie und Naturzerstörung ins Blickfeld von Teilen der Politik. So äußerte sich die deutsche Bundesumweltministerin Svenja Schulze anlässlich des Biodiversitätstages am 29. Juni 2020 wie folgt: *"Jetzt ist die Zeit für akute Krisenbekämpfung. Aber es wird eine Zeit nach der Pandemie geben. Spätestens dann sollten wir die Ursachen dieser Krise verstanden haben, um für die Zukunft besser vorbeugen zu können. Die Wissenschaft sagt uns, dass die Zerstörung von Ökosystemen Krankheitsausbrüche bis hin zu Pandemien wahrscheinlicher macht. Das zeigt: Die Naturzerstörung ist die Krise hinter der Coronakrise. Umgekehrt gilt: Gute Naturschutzpolitik, die vielfältige Ökosysteme schützt, ist eine wichtige Gesundheitsvorsorge gegen die Entstehung neuer Krankheiten."* (Quelle: Rede vom 29.06.2020: <https://www.bmu.de/rede/rede-von-svenja-schulze-zu-biodiversitaet-und-pandemie/>, 11.01.2021).

Bezogen auf die Biodiversitätskrise ist es jedoch ähnlich wie bei der Klimakrise. Die Datenlage ist erdrückend und an Zielformulierungen herrscht kein Mangel. Politische Interventionen, die geeignet sind, die Ziele tatsächlich zu erreichen, sind gleichwohl bislang ausgeblieben. Im Herbst 2020 erschien der „*Global Biodiversity Outlook 5*.“ Danach wurde kein einziges der vor zehn Jahren für 2020 gesetzten Ziele der 196 Vertragsstaaten des Übereinkommens über die Biologische Vielfalt (CBD) erreicht; lediglich bei der Ausweisung von Schutzgebieten gibt es Fortschritte, nicht aber bei Themen wie

Überfischung, Zerstörung des Lebensraumes von Tieren, zu intensive Landnutzung usw. (<https://www.cbd.int/gbo/gbo5/publication/gbo-5-spm-en.pdf>; 11.01.21). Es fehlt der politische Wille, eine Transformation zu einer Produktions- und Konsumweise zu organisieren, die die ökologischen Krisen beherrschbar macht und verhindert, dass in immer kürzeren Zeitabständen Pandemien ausbrechen.

### **Die WHO als zentraler Akteur von Global Health: Aufgabenerfüllung nur bei ausreichender und verlässlicher Finanzierung**

Hier kommt die zweite Betrachtungsebene ins Spiel. Je weniger es gelingt, das Risiko für das Entstehen von Zoonosen wirksam zu reduzieren, umso wichtiger wird global wie national der Aufbau einer effizienten Infrastruktur von Public Health. Global geht es hier um die rasche Identifizierung und Einhegung von Zoonosen am Ort ihrer Entstehung, national um ein effizientes Epidemie-Management. Beides fehlt. Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommt auf dem Felde der globalen Gesundheit zwar die Federführung zu, sie leidet aber nicht nur an Strukturproblemen, sondern vor allem an den Folgen chronischer Unterfinanzierung. Für ihren Zweijahreshaushalt 2018/2019 verfügte die WHO über finanzielle Mittel in Höhe von nur rund 5,84 Milliarden US-Dollar (rd. 4,8 Mrd. €). Zum Vergleich: Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen beliefen sich 2019 schon im Monatsdurchschnitt auf das Vierfache (19,42 Mrd. €). Damit nicht genug. Während die UN-Tochter in den ersten Jahrzehnten ihrer Existenz primär über die Pflichtbeiträge ihrer Mitgliedsländer finanziert wurde, hat sich seit der Einfrierung der Pflichtbeiträge im Jahr 1993 das Verhältnis von Pflichtbeiträgen zu freiwilligen Zuwendungen umgekehrt. Mittlerweile hängt die Finanzierung zu rd. 80 Prozent an freiwilligen Zuwendungen (2018/2019: 3,6 Milliarden US-Dollar, 2020/2021: rund 4,8 Milliarden US-Dollar). Die Spenden kommen einerseits von den Mitgliedsstaaten und andererseits von privaten Stiftungen wie etwa der Gates-Stiftung oder auch von Unternehmen aus der Pharma- oder Lebensmittelbranche. Nicht nur die privaten Spenden sind überwiegend zweckgebunden. Auch die freiwilligen Zahlungen der meisten Länder – Norwegen macht eine Ausnahme, Deutschland nicht – sind zweckgebunden. Der Handlungsfähigkeit der WHO sind so immer engere Grenzen gesetzt. Die Abhängigkeit von freiwilligen Zuwendungen ermöglicht es externen Akteuren, Einfluss auf die Ausrichtung der WHO zu nehmen, was ihre Unabhängigkeit und Glaubwürdigkeit untergräbt (Vgl. Kruchem 2018 und Warsberg 2020). Während der ersten Welle der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus gab es teilweise heftige Kritik an die Adresse der WHO. Am lautesten von Seiten der Trump-Administration, die damit von eigenem Versagen ablenken wollte und nach einem Vorwand für ihren dann erklärten Austritt aus der WHO suchte. Auch die weniger aggressiv vorgetragene Kritik erweist sich jedoch solange als scheinheilig, wie es keine Bereitschaft gibt, die Pflichtbeiträge in nennenswertem Umfang anzuhäufeln und zu dynamisieren. Dies muss eine der Konsequenzen aus der Pandemie sein.

### **Nur die Vorsorge, die wirklich getroffen wird, hilft**

National sind Pandemievorsorge und eine effizientes Pandemiemanagement erforderlich. Es geht dabei nicht nur um die Bevorratung von Schutzmaterialien und technischen Gerätschaften sowie die Vorhaltung eines Puffers an Kapazitäten der Krankenversorgung. Nicht minder wichtig ist es, das Infektionsgeschehen durch Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsschutzes unter Kontrolle zu halten, einmal durch ausreichendes Testing und die Nachverfolgung der Kontakte infizierter Personen, dann

durch die genetische Überwachung des Krankheitserregers und seiner Mutanten. Auch daran fehlte es. Viele der im Frühjahr 2020 aufgetretenen Engpässe bei der technischen Ausstattung und den Schutzmaterialien wurden bereits 2012 in einem Pandemieszenario mit dem hypothetischen Virus „Modi-SARS“ durchgespielt, über das der Bundestag Anfang 2013 unterrichtet wurde (BT-Drs. 17/12051 vom 3.1.2013, S. 55ff.). Konsequenzen zu ziehen war dann aber ins Belieben der für den Infektionsschutz zuständigen Bundesländern gestellt, die keine Notwendigkeit sahen und folglich untätig blieben. Nur zu stark überhöhten Preisen konnten die Engpässe bei technischen Ausstattungen und Schutzmaterialien nach und nach beseitigt werden. Die eklatanten Schwächen im öffentlichen Gesundheitsschutz bestehen aber fort. Nur wenige Gesundheitsämter wurden bis Ende 2020 technisch und personell auf die Höhe der Herausforderungen gebracht. Von einer funktionsfähigen Struktur der systematischen genetischen Überwachung des Krankheitserregers schließlich ist Anfang 2021 genauso wenig zu sehen wie beim Beginn der Pandemie. Corona-Viren haben die Eigenschaft, schnell Mutationen auszuprägen. Dies ist lange bekannt. Um entstandene Mutanten rasch aufzuspüren, werden in Großbritannien ein Fünftel aller per PCR positiv getesteten Proben einer kompletten Genomanalyse unterzogen. Ähnlich verfährt Dänemark. Dieses systematische Sequenzieren, dem in Deutschland bisher ein nur gelegentliches Sequenzieren gegenüberstand, gewährleistet, dass die Ausbreitung von Mutanten, die mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko und/oder einer verminderten Schutzwirkung der im Einsatz befindlichen Impfstoffe verbunden sind, genau nachverfolgt werden kann mit Ermittlung ihres Anteils am aktuellen Infektionsgeschehen. Selbstkritisch ist hier Folgendes zu registrieren: Bei wegweisenden Innovationen – sei es die Digitalisierung des Gesundheitssystems (vgl. MEMORANDUM 2020), seien es integrierte Versorgungskonzepte oder wie hier das systematische Sequenzieren - haben regelmäßig Länder mit hoch-integrierten staatlichen Gesundheitssystemen die Nase vorn.

Bei der Einführung einer genetischen Routinediagnostik war der britische National Health Service (NHS) weltweit führend; bereits 2018 wurde in UK die Sequenzierung des gesamten Genoms Standard. Andere Länder wie Dänemark, aber auch China folgten (vgl. Gießelmann 2019). Deutschland dagegen musste im Zusammenhang mit der Entstehung und Ausbreitung von Mutanten des Virus SARS CoV-2, die zur Sorge Anlass geben, international erst in die Kritik geraten, damit die Schließung der Lücke bei der Überwachung des Virus in Gang kam. Ende 2020 begann das BGM mit der Förderung einer molekularen Surveillance von SARS-CoV-2. Hierfür wurde ein bundesweites Netzwerk von Laboren aufgebaut, die positiv auf SARS-CoV-2 getestete Proben zur Genomsequenzierung an das Robert Koch-Institut (RKI) oder an das Konsiliarlabor für Coronaviren an der Charité einsenden. Zudem kann ein Netzwerk von bundesweit repräsentativ verteilten Arztpraxen Proben von Patienten mit grippeähnlichen Symptomen an das Robert Koch-Institut zur Bestimmung des Erregers einsenden. Seit Februar 2021 werden die dabei gefundenen SARS-CoV-2 positiven Proben auch sequenziert. Grundlage dieser Virus-Überwachung ist die Coronavirus-Surveillanceverordnung des Bundesgesundheitsministeriums vom 18. Januar 2021. Die VO verpflichtet Laboratorien und Einrichtungen, die Sequenzierungen von SARS-CoV-2 vornehmen, die erhobenen Genomsequenzdaten an das Robert Koch-Institut zu übermitteln. Wer selbst keine Genomsequenzierung vornimmt, kann einen bestimmten Anteil der positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Proben an andere Laboratorien und Einrichtungen zur Durchführung der Sequenzierung einschicken. Der Anteil einzuschickenden Proben bemisst sich an der bundesweiten Anzahl der Neuinfektionen. Liegen diese in der vorangegangenen Kalenderwoche bei über 70.000, so können fünf Prozent der positiv getesteten Proben zur Sequenzierung eingeschickt werden. Bei einer niedrigeren Zahl an Neuinfektionen erhöht sich der Anteil auf zehn Prozent.

Die Vergütung der sequenzierenden Laboratorien und Einrichtungen beläuft sich auf 220 € pro Datenübermittlung. Die beim RKI auflaufenden Daten werden dort statistisch erfasst und ausgewertet mit Publizierung in regelmäßigen Berichten (vgl. RKI 2021).

### **Auf das staatliche Handeln kommt es an: Gutes Management der 1. Welle, Wunschdenken bei der 2. Welle**

Wäre es nach dem Global Health Security-Index (GHS-Index 2019) von Johns-Hopkins-Universität, der Nuclear Threat Initiative (NTI) und der Economist Intelligence gegangen, hätten die USA und das Vereinigte Königreich, gefolgt von den Niederlanden die Pandemie am besten meistern müssen. Der im Oktober 2019, damit zeitnah zum Ausbruch der Pandemie, erstmals erschienene Index attestierte den USA das unter 195 Staaten beste Sicherheitsniveau. Bei 4 von 6 definierten Subdisziplinen (Prevention of the Emergence or Release of Pathogens“, „Early Detection & Reporting for Epidemics of Potential international Concern“; „Sufficient & Robust Health System to Treat the Sick & Protect Health Workers“; „Commitments to Improving National Capacity, Financing and Adherence to Norms“) landeten sie auf Platz 1. Deutschland schaffte es bei diesem Index noch nicht einmal unter die TOP TEN, sondern erreichte mit 66 Punkten nur Platz 14, Neuseeland sogar nur Platz 35 und China landete weit abgeschlagen direkt hinter Vietnam auf Rang 51 (a.a.O., S. 20ff.). Konfrontiert man die von dem Index vorgenommenen Zuschreibungen mit dem tatsächlichen Verlauf der Pandemie, könnte der Kontrast kaum größer sein. Während bis zum 10.01.2021 in den vermeintlich recht sicheren USA und in UK mehr als 110 Covid19-Tote auf 100.000 EW registriert wurden, waren es in China, Vietnam und Neuseeland weniger als ein Toter. Die Suche nach den Gründen für die peinlichen Fehleinschätzungen führt zu einem bestimmten Muster verzerrter Wahrnehmungen. Hoch bewertet haben die bei der Erstellung des Index befragten Experten die Verfügbarkeit modernster Technologien und erstklassischer wissenschaftlicher Expertise sowie die Bedeutung von Public Health als medizinischer Leitdisziplin. Hier in der Tat erreichen die beiden angelsächsischen Länder Spitzenwerte. Dies gilt nicht nur für die bereits angesprochene Überwachung der Virusentwicklung. Auch die Datenlage zur Infektionsausbreitung und zur Betroffenheit unterschiedlicher sozialer Gruppen ist weit besser als in Deutschland. Diese Stärken allerdings kamen erst bei der Durchführung der Impfkampagnen zur Entfaltung, die sehr viel systematischer und zielgerichteter verliefen als dies im zerklüfteten deutschen Gesundheitssystem gelang. In ihrer Bedeutung verkannt hat der GHS-Index 2019 die kulturellen und politischen Erfolgsfaktoren. Länder mit niedrigen relativen Todeszahlen zeichnen sich durch Strategien des raschen und entschiedenen staatlichen Handelns aus. Da die USA unter der Trump-Administration dazu nicht fähig waren, nutzte der ganze technologische Vorsprung nichts. Auch im Vereinigten Königreich verfolgte die rechte Tory-Regierung von Premier Boris Johnson einen von Zweckoptimismus geprägten erratischen Kurs. Harte Maßnahmen wurden zu spät getroffen und inkonsistent umgesetzt. Nach dem Abflauen der 1. Welle griff auch in Deutschland Wunschdenken um sich. Mit Stand vom 26.06.2020 zählte Deutschland auf 100.000 EW nur 10,8 Personen (absolut: 8.948), die mit oder an Covid19 gestorben waren; in Frankreich, Italien, Spanien, Belgien, Schweden und UK lagen die Zahlen 4- bis 8-fach, in den Niederlanden, Irland und der Schweiz immerhin noch doppelt bis 3-fach so hoch. Nur zu gerne heftete man sich das gute Abschneiden während der ersten Welle als Ausweis der Überlegenheit des deutschen Gesundheitssystems ans Revers. Tatsächlich jedoch kam Deutschland hauptsächlich wegen eines guten Timings bei der Verfügung des ersten Lockdowns glimpflich über den Sommer. Statt die gewonnene Zeit jedoch zu nutzen, um das Gesundheitssystem von den Gesundheitsämtern über die

Krankenhauspflege bis zu den Pflegeheimen vor einer Überlastung während der 2. Welle zu schützen, ruhte man sich auf den vermeintlichen Lorbeeren aus und handelte beim Eintreffen der 2. Welle zu spät und zu inkonsequent.

Obwohl die deutsche Bilanz im Ergebnis während der 2. Welle schlechter ausfällt als während der 1. Welle, kann sie sich im Vergleich immer noch sehen lassen. Mit Stand von Mitte Januar 2021 freilich haben sich die Todeszahlen gegenüber dem Sommer 2020 vervierfacht. Der Abstand bei den relativen Todeszahlen ist damit gegenüber Frankreich, Italien, Spanien, Belgien, Schweden, den Niederlanden und UK geringer geworden; umgekehrt verhält es sich gegenüber Island, Norwegen, Finnland und Dänemark, die das Infektionsgeschehen während der 2. Welle ebenso wie auch Irland gut unter Kontrolle halten konnten. Irland allerdings scheiterte dann an der 3. Welle, die aufgrund der neuen Viruslinie B.1.1.7 die Infektionszahlen ab Januar 2021 steil nach oben trieb. Auch in Deutschland breitete sich ab Februar eine dritte Welle aus, die zwischenzeitlich (Mai 2021) gebrochen ist. Dies alles ist nur eine Zwischenbilanz. Die Hoffnung ruht nun auf der Entfaltung massenhafter Schutzwirkung durch schnelle Fortschritte bei der Impfkampagne. Sie startete holprig, hat jetzt aber Schwung. Die derzeit im Einsatz befindlichen Vakzine von BionTech/Pfizer, Moderna, AstraZeneca sollen wohl auch bei den bislang identifizierten Mutanten weiter wirksam sein; bei der indischen Mutante, die sich mit Stand von Ende Mai 2021 in Großbritannien bereits weitgehend durchgesetzt hat, aber nur abgeschwächt. Dies kann sich bei den nächsten Mutanten, die entstehen, anders darstellen. Mit einem schnellen Ende der Pandemie ist weiterhin nicht zu rechnen.

### **Verschleppte Probleme des deutschen Gesundheitssystems rücken in den Fokus – Blick auf unzulängliche Daten und die Krise der Pflege**

Die Pandemie legt einige der grundlegenden Schwächen in der Struktur, Steuerung, Funktionsweise und Finanzierung des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems offen. Die Probleme sind nicht neu, verlangen jetzt aber nach politischen Antworten, die über die bislang praktizierten Kleinstreparaturen hinausgehen. Die *Gruppe Alternative Wirtschaftspolitik* hat sich in den Memoranden der letzten Jahre mit der Fehlsteuerung des Systems insgesamt wie auch mit Einzelthemen wie dem anhaltenden Notstand in der Krankenhaus- und Altenpflege, der ausgebremsten Digitalisierung und den dem Preissystem der Fallpauschalen zuzuschreibenden Fehlsteuerungen im Krankenhaussektor immer wieder kritisch auseinandergesetzt und konkrete Forderungen vorgetragen. Der gemeinsame Nenner bei den Einzelproblemen ist darin zu suchen, dass es bei der Finanzierung, Leistungserbringung und Steuerung zu wenig öffentliche Planung, Intervention und aktive Gestaltung und so viel Markt, Wettbewerb und korporatistische Selbstverwaltung gibt. Staat und Politik delegieren Aufgaben vorrangig an die traditionelle Selbstverwaltung. Die Funktionsvoraussetzungen dieser korporatistischen Steuerung wurden jedoch spätestens durch die Entfesselung des Geistes von Markt und Wettbewerb soweit unterminiert, dass die übertragenen Aufgaben gar nicht, unzulänglich oder nur mit erheblicher Zeitverzögerung zur Ausführung kommen. Die verbockte Digitalisierung liefert eines der Lehrstücke (vgl. MEMORANDUM 2020, S. 245ff.). Während der Pandemie gerieten die Folgen der rückständigen Digitalisierung verstärkt ins Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit.

Bei Versagen der Selbstverwaltung geht die Verantwortung an den Staat als der Instanz über, bei der die Letztverantwortung liegt. Sieht man von den wenigen Fällen ab, wo er sich entschied, das Heft teilweise gleich selbst in die Hand zu nehmen, bedeutet dies konkret: gehandelt wird erst nach erklär-

tem oder zweifelsfrei erwiesenen Scheitern der Selbstverwaltung. Dies dann durch staatliche Ersatzmaßnahmen im Rechtsgewand von Verordnungen. Bei der Umsetzung der Verordnungen kann der deutsche Staat kaum auf eigene Strukturen zugreifen, sondern ist meist wieder von Akteuren abhängig, die sich auf Gemeinwohlziele schwer verpflichten lassen, weil sie z.B. als private Labore oder kommerzielle Krankenhäuser zunächst einmal ihre wirtschaftlichen Geschäftsinteressen im Blick haben. In der Pandemie erfuhr die Fehlsteuerung noch eine Zuspitzung. Für viele bot und bietet die Pandemie eine günstige Gelegenheit, um aus öffentlichen Mitteln erhebliche Summen in die eigene Tasche zu wirtschaften. Die Maskenaffäre von CDU/CSU ist eines der Stichworte,<sup>1</sup> die missbräuchliche Nutzung von Fördermitteln für die Anschaffung von Intensivbetten, die mangels Personal gar nicht betrieben werden können, ein weiteres. Zuletzt sorgte die Verpflichtung zu häufigen Schnelltests dazu, dass in vielen Städten Stationen für kostenlose Bürgertests regelrecht aus dem Boden schossen. Besondere Qualifikationen müssen die Betreiber nicht vorweisen. Für jeden tatsächlich oder vermeintlich durchgeführten Test können sie 18 € abrechnen; die Kosten für einen Bürgertest pro Woche trägt der Bund. Die Kontrollen sind lasch bis nicht vorhanden, was Goldgräberstimmung erzeugt hat und Betrüger aller Art anzog. Wochenlang blieb das Treiben folgenlos. Erst Ende Mai 2021 haben Recherchen von SZ, NDR und WDR dazu geführt, dass einige Behörden, darunter die Staatsanwaltschaft von Bochum, aufgewacht sind und nun wegen Abrechnungsbetrugs ermitteln (siehe SZ, 29.05.21).

Die Befunde zur Geschäftemacherei mit der Pandemie fügen sich in das Gesamtbild eines Staates, der nicht die Strukturen vorhält, um selbst gestalten, wirksam steuern und kontrollieren zu können. Seine punktuellen Interventionen folgen einem Politikmuster des nicht pro-aktiven, sondern nur reagierenden, aktivierenden und moderierenden Staates. Dieses Politikmuster erlaubt keine Steuerung im Sinne des Allgemeinwohls, sondern bedient Partikularinteressen. Es erweist sich als ineffektiv und ineffizient.

Die Gründe für den Befund, dass Deutschland im internationalen Vergleich nach den USA und der Schweiz das drittteuerste Gesundheitssystem unterhält, bei der Qualität und Leistungsfähigkeit aber nur mittlere Bewertungen erzielt, liegen nicht nur, aber zu wesentlichen Teilen in den fragmentierten Strukturen mit Akteuren, die widerstreitende Interessen vertreten sowie einer fehlenden Gesamtsteuerung. 2018 – aktuellere Zahlen sind nicht verfügbar – beliefen sich die laufenden Gesundheitsausgaben trotz eklatanter Unterfinanzierung des ÖGD und der Pflege auf 11,5 Prozent des BIP. Im skandinavischen Durchschnitt waren es trotz der dort weit besseren Ausstattung mit Gesundheitsfachpersonal und den höheren öffentlichen Ausgaben für die Altenpflege im Mittel nur 9,7 Prozent. Die Anhänger von möglichst viel Wettbewerb und Selbststeuerung im Gesundheitssystem argumentieren gerne mit der schnelleren Verfügbarkeit von Innovationen und der vermeintlichen Geringhaltung der Bürokratie. Tatsächlich jedoch finden zukunftsweisende, dem Patientenwohl dienliche Innovationen bei

---

<sup>1</sup> Für die Vermittlung des Kaufs von Schutzmasken haben mehrere Unionsabgeordnete hohe Provisionen eingestrichen. Nach Recherchen von WDR, NDR und der Süddeutschen Zeitung, über die der DLF am 20.04.2021 berichtete, hatte z.B. der ehemalige Fraktionsvize Nüßlein (MdB, CSU) mit dem ehemaligen bayerischen Justizminister und heutigen bayerischen Parlamentsabgeordneten Sauter einen Deal eingefädelt, der für die Vermittlung von FFP2-Masken die Zahlung von Provisionen in Höhe von 11,5 Mio. € vorsah. Da der Deal im Zuge der sogenannten „Masken-Affäre“ der Union aufflog, kam nicht die volle Summe zur Auszahlung. Die bereits gezahlten Gelder von rd. 10 Mio. € seien jedoch über eine Karibik-Insel und eine Liechtensteiner Privatbank, die sogenannte „diskrete Dienstleistungen“ anbiete, abgewickelt worden (DFL am 20.04.21: [https://www.deutschlandfunk.de/coronavirus-gruppe-um-sauter-und-nuesslein-csu-sollte-in.1939.de.html?drn:news\\_id=1250329; 20.04.21](https://www.deutschlandfunk.de/coronavirus-gruppe-um-sauter-und-nuesslein-csu-sollte-in.1939.de.html?drn:news_id=1250329; 20.04.21)).

Prävention, Gesundheitsversorgung oder Patientenrechten 1) nicht in Deutschland statt und es dauert 2) viele Jahre, ehe sie in Deutschland (vielleicht) Fuß fassen. So hängt die Entwicklung und Durchsetzung integrierter Versorgungslandschaften, die Antworten liefern auf die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft sehr stark davon ab, dass Strukturen zusammengeführt werden und das Fachpersonal auf Augenhöhe kooperiert. Essentiell ist dafür die grundständige Akademisierung der Gesundheitsfachberufe von den pflegerischen bis zu den therapeutischen Berufen. Bei der Stellung der Gesundheitsfachberufe relativ zur Medizin hinkt Deutschland der Entwicklung in allen anderen westeuropäischen Ländern aber um Jahre (Belgien, Frankreich, Österreich; Italien, Portugal), teilweise um Jahrzehnte (Großbritannien, nordisch-skandinavische Länder, Spanien) hinterher, ohne dass es seitens der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik ernsthafte Anstrengungen gäbe, dies zu ändern. Innovationen finden andernorts statt. Ihre Übernahme dann gelingt in Ermangelung der dafür erforderlichen Strukturen nur punktuell. Lediglich in der Hochleistungsmedizin und der pharmakologischen Forschung kommen Spitzenleistungen auch aus Deutschland. In keinem europäischen Land zudem sind die Bürokratiekosten (Ausgaben für Governance und Gesundheitsverwaltung) so hoch wie in Deutschland. Im Jahr 2018 betragen die kaufkraftbereinigten Ausgaben 210 KKS pro EW – eine Verdoppelung gegenüber 1995. In Belgien, wo ebenfalls ein Pflichtversicherungssystem existiert, waren es weit geringere 129 KKS je EW und in Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem im Mittel nur rd. 59 KKS je EW, in Finnland sogar nur 28 KKS je EW (Quelle: Eurostat, Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth\_sha11\_hchf]; Update vom 20.11.2020).

Nachfolgend wird im Lichte der COVID19-Pandemie auf das vielfach ignorierte Problem mangelnder Datenqualität näher eingegangen. Gesundheits-Daten werden in Deutschland von den Akteuren des korporatistischen Systems gemäß eigener partikularer Interessenlage und kaum systematisch aus einer ganzheitlich-übergreifenden Perspektive heraus erhoben. Für die Wahrnehmung einer eingreifend-gestaltenden Rolle der Politik existiert in der Folge keine robuste Datenbasis, sondern ein Flickenteppich von Daten höchst unterschiedlicher Qualität mit Lücken dort, wo mächtige Interessenvertreter an der Erhellung von Dunkelzonen kein Interesse haben. Die Coronapandemie hat offen gelegt, dass Deutschland bei der Generierung übergreifend aussagekräftiger Daten nicht nur weit von den skandinavischen und angelsächsischen Ländern entfernt ist. Auch mit Belgien, Italien, Spanien, Portugal und etlichen osteuropäischen Ländern kann das deutsche Datenflickwerk nicht mithalten. Statt das Thema grundlegend anzugehen, hat die Politik seit Ausbruch der Pandemie immer nur ad-hoc auf Einzeldefizite reagiert. So mit der Schaffung eines Intensivbettenregisters zu Beginn der Pandemie und dann mit dem oben thematisierten Erlass einer Sequenzierungs-VO im Januar 2021. Auf die Nichterfassung der Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen wurde 1) sehr spät (Herbst 2020) und 2) unzulänglich reagiert. Statt eine Meldepflicht zu schaffen, wurde lediglich eine Meldeermöglichung auf freiwilliger Basis geschaffen. Die jüngsten Peinlichkeiten betreffen die fehlende Vorsorge für die Schaffung eines digitalen Impfpasses und das Impf-Monitoring. Von den 30 europäischen Ländern, die am EU-weiten Monitoring teilnehmen sind 24 zur weitgehend kompletten Lieferung der geforderten Daten in der Lage. Deutschland dagegen bildet zusammen mit den Niederlanden, der Slowakei und Liechtenstein die Schlusslichtgruppe mit den größten Datenlücken (siehe „Data completeness“ unter: <https://covid19-vaccine-report.ecdc.europa.eu/#vaccine-uptake-for-the-first-dose-among-adults-aged-18-years-and-above-in-eueea-countries>; 25.05.21).



So wie die Politik durch die Schaffung von Registern, an die die Akteure des deutschen Gesundheitssystems nach einheitlichen Kriterien Daten liefern müssten, für eine Erhellung der zahlreichen Dunkelfelder sorgen könnte, wäre sie auch beim Dauerthema des bislang nur verwalteten Pflegenotstandes in der Lage, durch eine übergreifende Strategie substantielle Verbesserungen herbeizuführen. Dies allerdings nur im Konflikt mit denjenigen, in deren Interesse es liegt, dass mit der Aufwertung der Pflege wie auch der anderen Gesundheitsfachberufe nicht Ernst gemacht wird. Die bisherigen Bemühungen der Politik zur Behebung des Pflegenotstandes durch Aufwertung des Berufs und Verbesserung der Arbeitsbedingungen werden bilanziert. Mit der Kontrastfolie des internationalen Vergleichs schließt sich die Frage nach den tieferliegenden Gründen des deutschen Rückstandes an.

### **Defizitäre Datenlage mit großem Dunkelfeld – warum andere Länder besser sind**

*„Deutschland läuft der Datenerhebungsqualität der englischsprachigen Länder meilenweit hinterher.“ Gert Antes, Medizinstatistiker und Mitbegründer des Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin, zit nach TAZ, 14.05.2021, S. 18*

---

Um das Pandemiegeschehen richtig einschätzen und nach der Bezwingung des Virus die richtigen Schlüsse für notwendige Veränderungen des Gesundheits- und Pflegesystems ziehen zu können, werden aussagekräftige Daten benötigt, die nicht nur dem Wissensbedarf von Virologen, Epidemiologen und GesundheitsökonomInnen folgen, sondern auch Fragestellungen aus dem Bereich der Pflege- und Sozialwissenschaft abdecken. Es geht also nicht nur darum die Anzahl der bestätigten Infektionen zum Zeitpunkt x insgesamt und in der räumlichen und demografischen Verteilung (Landkreisen, Städte, Alter, Geschlecht) zu erfassen. Relevant sind auch Merkmale der soziostrukturellen Verteilung nach Berufen/formalen Qualifikationsniveaus und Einkommensklassen sowie die differenzierte Erfassung der Ausbruchsorte. Hier allerdings ist ein systematischer Bias zu beobachten.

Dass epidemiologischen Indikatoren wie der Reproduktionszahl und der 7-Tage-Inzidenz eine herausragende Bedeutung beigemessen wird, ist berechtigt. Nur bis zu einer 7-Tage-Inzidenz von maximal 50 auf 100.000 EW reicht die Kapazität der Gesundheitsämter für eine Nachverfolgung aus und bestehen ausreichend Krankenhauskapazitäten für die intensivmedizinische Versorgung von Covid-19-Patienten. Keineswegs rechtfertigt dies die Ausblendung von Merkmalen, die erhoben werden müssen, um nach der Pandemie Strukturdebatten angemessen führen zu können. Am 19. Dezember 2020 z.B. meldete die Tagesschau, dass ein Viertel aller deutschen Pflegeheime aktuell von Corona-Ausbrüchen betroffen sei. Dies mit schwerwiegenden Folgen. In Berlin sei mehr als jeder zweite Covid19-Tote Bewohner eines Pflegeheims gewesen; in Schleswig-Holstein sogar fast 89 Prozent (Bericht: Corona und Pflegeheime "Wir brechen zusammen"; <https://www.tagesschau.de/inland/pflegeheime-weihnachten-101.html>). Was lässt sich über die Struktur der betroffenen Heime im Vergleich zu der Grundgesamtheit aller Heime sagen? Was über die Trägerstruktur? Die ernüchternde Antwort lautet: Nichts. Die Politik hat an der Erhebung dieser Daten kein Interesse. Schlimmer noch: Einrichtungen der Langzeitpflege verschwanden zunächst zur Gänze in der Sammelrubrik „Massenunterkünfte“. Neben Pflegeeinrichtungen fallen darunter auch Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen für Asylsuchende, Justizvollzugsanstalten usw. Diese Vermischung lässt sich sachlich kaum begründen. Schritte zur Behebung der Datenlücke blieben trotzdem lange aus und erfolgten dann in unzulänglicher Weise. Seit Herbst 2020 können bei Massenunterkünften nach § IfSG 36 weitere Merkmale erfasst werden,



müssen es aber nicht. Eine Meldepflicht für Pflegeheime wurde nicht geschaffen. In der Konsequenz enthielten die täglichen Situationsberichte des RKI noch bis Ende Dezember 2020 nur aggregierte Angaben in der Aufschlüsselung nach „betreut/untergebracht“ oder „tätig in der Einrichtung.“ Diese Angaben sind für praktische Zwecke komplett unbrauchbar. Mit dem Abklingen der 2. Welle wurden zwar endlich Angaben zu Pflegeeinrichtungen gemacht. Diese sind aber statistisch nicht belastbar, weil sie sich nur auf die Teilgruppe der Heime beziehen, die freiwillig Angaben tätigen. Problemheime dürften hier deutlich unterrepräsentiert sein.

Alte und pflegebedürftige Menschen sind in besonderer Weise schutzbedürftig. Die Datenerfassung sollte dem Rechnung tragen, indem Einrichtungen der Pflege eine eigene Kategorie bilden mit statistischer Erfassung des dortigen COVID-19-Geschehens. Dies differenziert nach Trägermerkmalen, damit auf Basis belastbarer Daten über Schlussfolgerungen geredet werden kann. In anderen hoch entwickelten Ländern wird teilweise so verfahren. Beispiel Kanada. Kanada (38 Mio. EW) zählte bis zum 10.01.21 16.707 Tote und schneidet damit bei den relativen Todeszahlen leicht besser ab als Deutschland (DE: 48; CA: 44). Anders als in Deutschland werden die Ausbrüche in Langzeitpflegeeinrichtungen genau erfasst. Sowohl während der 1. wie der 2. Welle entfielen rd. 80 Prozent der Fälle von Menschen, die mit oder an Covid-19 verstorben sind, auf die insgesamt 2039 Pflegeheime. Eine genauere soziologische Untersuchung ergab, dass die Fraktion der Privatheime, auf die ein Anteil von 54 Prozent aller Heime entfällt, überproportional viele Todesfälle aufweist. Für die Provinz Ontario mit ihren 623 Pflegeheime ergab sich Folgendes: In den For-Profit-Heimen starben während der ersten beiden Wellen 6,5 Prozent der Heimbewohner, in privaten Non-Profit-Heimen waren es 5,5 Prozent und in den kommunalen Pflegeheimen nur 1,7 Prozent. Die weit geringere Betroffenheit der kommunalen Heime wird auf die dort nach Qualität (Qualifikationsstruktur) und Quantität (Relation von Personal auf Heimbewohner) bessere Personalausstattung zurückgeführt. Zwar gab es auch kommerzielle Heime mit guten Ergebnissen; sie waren aber in der Minderzahl, während im öffentlichen Sektor umgekehrt die Heime mit schlechten Ergebnissen in der Minderzahl waren. Die Ergebnisse haben in Kanada eine Diskussion zu der Frage ausgelöst, was sich bei den Arbeitsbedingungen des in den Heimen eingesetzten Personals verbessern muss, um den Infektionsschutz der BewohnerInnen zu erhöhen (vgl. Webster 2021). Eine vergleichbare Debatte kann in Deutschland datengestützt schon deshalb nicht erfolgen, weil auf die Erhebung der entsprechenden Daten verzichtet wird. Dort wiederum, wo Studien die Pflegesituation in den Heimen zum Gegenstand hatten (vgl. Rothgang et al. 2020), war die Teilnahme freiwillig. Bei Freiwilligkeit aber ist davon auszugehen, dass in der Gruppe der nicht-antwortenden Heime solche mit schlechter Personalausstattung deutlich überrepräsentiert sind. Es kann daher bezweifelt werden, ob derartige Studien – bei der SOCIUM-Studie lag die Rücklaufquote bei 10,7 Prozent (Heime) resp. 7,3 Prozent (ambulante Dienste) - überhaupt belastbare Daten liefern. Einzelbefunde zu der Situation in Heimen, wo sich Ausbrüche ereignet haben, liefern jedenfalls Anhaltspunkte für die These, dass privat-kommerziell geführte Heime die 1. und 2. Welle der Corona-Pandemie schlechter bewältigt haben als Heime mit gemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft. Bei Ausbrüchen können die wahren Gegebenheiten in einem Heim vor der interessierten Öffentlichkeit mitunter nicht mehr geheim gehalten werden. Hinter werbemäßig schön gestalteten Kulissen tritt

dann die weniger schöne Realität zutage. Über einen besonders schlimmen Fall aus Bayern berichtete die ZDF-Sendung Frontal21 am 18. Mai 2021 („*Abgemagert, vernachlässigt, verstorben*“).<sup>2</sup>

Nicht nur bezogen auf Pflegeheime, auch insgesamt ist die Datenlage zur gesundheitlichen Versorgung, ihren Strukturen und Ergebnissen vielfältig verzerrt. Wichtige Daten werden nicht aus einer übergreifenden Perspektive heraus erhoben und öffentlich zugänglich gemacht, sondern es bleibt dem Belieben, damit der partikularen Interessenlage der Einzelakteure überlassen, welche der anfallenden Daten sie wie verfügbar machen und welche nicht. So veröffentlichen die großen gesetzlichen Krankenversicherungen regelmäßig Pflegeberichte. Die Ergebnisse sind interessant, beziehen sich aber nur auf die Mitglieder der jeweiligen Kasse und diese weisen höchst unterschiedliche Risikoprofile auf. Rückschlüsse auf die Gesamtpopulation sind daher nur eingeschränkt möglich. Dies gilt grundsätzlich, erhält in einer Pandemie, wo es um die Bevölkerung insgesamt geht, aber besondere Bedeutung. Während in Ländern vom Systemtyp „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ viele Daten über Register erfasst werden, kommt das Instrument der Register in Deutschland 1) nur zögerlich und 2) mangelbehaftet zum Einsatz. So bedurfte es der Pandemie, um ein Intensivbettenregister durchzusetzen. Nun sind die Krankenhäuser (KH) zwar staatlich verpflichtet, die Belegung und freie Verfügbarkeit ihrer Intensivbetten tagesaktuell an das Intensivbettenregister - betrieben wird es vom Verband für Intensiv- und Notfallmedizin - zu melden. Ob sie jedoch personell überhaupt in der Lage sind, die Betten zu betreiben, müssen sie nicht angeben. Folge: Es werden - vorzugsweise von den Privatkliniken – auch Betten gemeldet, die mangels Personal gar nicht betrieben werden können. Das Register ergo ist mit einem Konstruktionsfehler behaftet, der mit Appellen doch bitte nur die Betten zu melden, für die Personal zur Verfügung steht, nicht behoben werden kann. Kein Register besteht weiterhin beim Pflegepersonal; in allen skandinavischen und angelsächsischen Ländern erfolgt die berufliche Anerkennung des Pflegepersonals über staatliche Register.

Während der Pandemie leistete sich Deutschland weitere Peinlichkeiten. Teilweise gründen sie in der gescheiterten Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems, mit dem sich die AG Alternative Wirtschaftspolitik im letztjährigen MEMORANDUM kritisch auseinander gesetzt hat. Teilweise sind sie dem Umstand geschuldet, dass die in etlichen Bundesländern holprig gestartete Impfkampagne (siehe den Kasten) nicht in eine übergeordnete Logistik eingebunden wurde, die über die Schaffung eines zentralen Impfregisters ein gutes Monitoring gewährleistet. Auf EU-Ebene ist das in Stockholm ansässige Seuchenbekämpfungsinstitut ECDC („*European Centre for Disease Prevention and Control*“) zuständig für das EU-weite Impf-Monitoring. Die EU-Mitgliedsländer sowie die zusätzlich am Impfprogramm teilnehmenden Länder (Norwegen, Island und Liechtenstein) sind verpflichtet, täglich Daten zur Anzahl der administrierten resp. erfolgten Erst- und Zweitimpfungen, den eingesetzten Vakzinen<sup>3</sup> und der Aufteilung der Geimpften auf 6 Altersgruppen zu liefern. Die meisten Teilnehmerländer liefern die geforderten altersspezifische Daten (<https://covid19-vaccine-report.ecdc.europa.eu/#vaccine-uptake-for-the-first-dose-among-adults-aged-18-years-and-above-in->

---

<sup>2</sup> Das Video ist verfügbar unter: <https://www.zdf.de/politik/frontal-21/frontal-21-vom-18-mai-2021-100.html>. Siehe auch das Manuskript zur Sendung unter: <https://www.zdf.de/politik/frontal-21/frontal-21-vom-18-mai-2021-100.html>; 20.05.21.

<sup>3</sup> Neben den in der EU bereits zugelassenen Impfprodukten geht es auch um weitere, derzeit in der EU noch nicht zugelassene Produkte (russische Impfstoff Sputnik V und chinesische Impfstoffe). Mit Stand von Mai 2021 hatten 4 Produkte eine vorläufige Zulassung: Comirnaty von BionTEch/Pfizer, Vaxzevria von AstraZeneca, Janssen von Johnson & Johnson und das Moderna-Vakzin.

[eueea-countries](#); 21.05.21). Sechs Länder allerdings (Deutschland, Niederlande, Liechtenstein, Rumänien, Slowakei und Zypern) sind mit Stand vom 19. Mai 2021 dazu immer noch nicht in der Lage. Vier dieser Länder, darunter Deutschland und die Niederlande, sind noch nicht einmal in der Lage, Impfquoten in der Grobunterteilung „unter 60 Jahre/über 60 Jahre“ zu liefern. Ein Blick in die über das RKI verfügbaren Monitoring-Datensätze<sup>4</sup> weist aus, dass diese Daten bis April 2021 nur von den Bundesländern geliefert wurden, wo der Betrieb der Impfzentren bei den Kommunen resp. öffentlichen Instituten liegt. Bundesländer mit anderen Betreibermodellen wiesen Datenlücken auf. Mit Stand vom 22. Mai 2021 sind die Datenlücken zwar überwiegend geschlossen. Allerdings fehlen zur Altersgrobverteilung weiterhin die Angaben für Bayern, Berlin, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Daten in der Aufschlüsselung nach den 6 für die EU definierten Altersgruppen fehlen noch komplett.

### **Impfkampagne mit organisatorischen Mängeln und überhöhten Kosten**

Die Impfkampagne startete in Deutschland mit Anlaufschwierigkeiten Ende Dezember 2020, hat ab März 2021 aber Fahrt aufgenommen. Mit Blick auf die Anfangsknappheit von Impfstoffen wurden Reihenfolgen entlang der Priorisierung quantitativ bestimmbarer Bevölkerungsgruppen definiert mit sukzessiver Öffnung für die jeweils nächste Gruppe. Prioritär geimpft werden sollten EU-weit zunächst die Bevölkerungsgruppen, bei denen im Falle einer Erkrankung ein hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf besteht. Ganz oben in der Priorisierung standen damit HeimbewohnerInnen und hochaltrige Menschen über 80 Jahren sowie Pflegebeschäftigte, dann Menschen über 70 Jahren, medizinisches Personal und Menschen mit Vorerkrankungen. In Deutschland hat die Ständige Impfkommission fünf prioritäre Gruppen definiert; in anderen Ländern liegt die Gruppenzahl bei gleicher Grundphilosophie niedriger. Die Lesart geht nun vielfach dahin, dass Überregulierungen ursächlich für den in einigen Bundesländern holprigen Start gewesen seien. Mit dem Einbezug der Hausärzte und der Freigabe für diejenigen, die nach den Priorisierungsregeln der Ständigen Impfkommission (STIKO 2021) eigentlich noch nicht an der Reihe sind, laufe alles schneller. Der internationale Vergleich freilich lehrt, dass Länder mit Planung aus einer Hand, ergo mit strikter Regulierung **1**) zügig vorankamen und es **2**) zugleich geschafft haben, der Priorisierung von besonders schutzbedürftigen Gruppen in der Praxis Geltung zu verschaffen (vgl. die Tabelle). Beispiel Vereinigtes Königreich. Hier existiert mit dem steuerfinanzierten Staatlichen Gesundheitsdienst NHS ein entlang der Landesteile England, Schottland, Wales und Nordirland zentralistisch organisiertes System. Zugang haben alle EinwohnerInnen, was im Umkehrschluss bedeutet: Annähernd alle EinwohnerInnen sind dort erfasst incl. der Hausärzte (NHS-Vertragsärzte), bei denen sie für die ambulante Versorgung eingeschrieben sind. Dieses System bietet für die Durchführung von Impfkampagnen strukturelle Vorteile, die auch voll zum Tragen kamen, zumal die Digitalisierung in UK weit vorangeschritten ist. Die Vorteile beginnen bei der Organisation. Während sich in Deutschland selbst die zur ersten Priorisierungsgruppe gehörenden hochaltrigen Personen, sofern sie noch in der eigenen Häuslichkeit wohnen, über Online-Buchungssysteme oder Call-Center selbst um einen Termin bemühen mussten – nur wenige erhielten von ihrer Gemeinde persönliche Einladungsschreiben – verschickte der NHS Einladungsschreiben an die Personen, die als nächstes an die Reihe kamen. Dies in der ersten Impfphase mit Terminvorschlägen bezogen auf die Impfzentren des NHS und nach Hinzuziehung der Hausärzte mit Angabe der für die konkrete Terminvereinbarung zu nutzenden Telefonnummer. Dieses Verfahren war gleichermaßen effizient wie bürgerfreundlich.

In Deutschland liegt die Zuständigkeit für die Errichtung der Impfzentren bei den Bundesländern. Noch in den 80er Jahren hätten diese bei der Organisation auf die Gesundheitsämter zurückgegriffen. Durch die seither systematische Vernachlässigung des öffentlichen Gesundheitsdienstes fehlen diese Strukturen nun weitestgehend. Lediglich im Saarland lag die Verantwortung für das größte Impfzentrum beim Regionalverband, der den öffentlichen Gesundheitsdienst beherbergt. Bei der Mehrzahl der 13 Flächenländer immerhin lag die Träger-

<sup>4</sup> Sie werden täglich aktualisiert und stehen als Excel-Datei zur Verfügung ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html); 22.5.21)

schaft bei den Kommunen oder überwiegend bei den Kommunen (BW, HB, HE, MV, NI, NW, RP, SI). Die östlichen Bundesländer jedoch haben abgesehen von Mecklenburg-Vorpommern (MV) andere Entscheidungen für die Organisation getroffen. In Thüringen wurde die Kassenärztliche Vereinigung (KV), in Sachsen das Deutsche Rote Kreuz (DRK) und in Brandenburg teilweise die KV und teilweise das DRK mit dem Betrieb der Impfzentren betraut. Entgegen der Erwartung war der Kampagnenstart dort von organisatorischen Pannen geprägt; die Kosten zugleich sind überhöht. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen dort, wo die Kommunen oder öffentliche Einrichtungen selbst Träger der Impfzentren sind, für das externe ärztliche Impfpersonal „nur“ Stundensätze zwischen 120 € (Bremen, Hamburg, Hessen) und 150 € (Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen) durchsetzen konnten, sind es in Sachsen und Thüringen 175 €. Nicht wenige Ärzte verdienen sich so quasi eine goldene Nase an Einsätzen in Impfzentren, was für das dort impfende Pflegefachpersonal nicht gilt; deren Stundensätze erreichen nur zwischen 30 und 50 €. **Quellen:** 1) Standorte, Trägerschaften + Terminmanagement (Stand 14.01.21): <https://kommunal.de/impfzentren-Standorte>; 18.04.21; 2) Vergütungen: Ärzte-Zeitung (verschiedene Ausgaben); Medical Tribune (<https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/niederlassung-und-kooperation/artikel/corona-impfzentren-mediziner-verdienen-weit-ueber-100-euro-pro-stunde/>; 16.04.21

Für je 5 Länder der beiden konkurrierenden Systemtypen (Staatliches Gesundheitssystem/Pflichtversicherungssystem) liefert *Tabelle 1* zum Stand vom 19. Mai 2021 eine Übersicht zur Datenverfügbarkeit und zu den bislang realisierten Impfquoten entlang von Altersgruppen und von als besonders schutzwürdig angesehenen Bevölkerungsgruppen. Wie ersichtlich ist die Datenverfügbarkeit in den Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem deutlich besser als in den Ländern mit Pflichtversicherungssystem. In der Gruppe „Staatliches Gesundheitssystem“ weisen nur 2 Länder (Norwegen und Portugal) kleinere Lücken auf. In der Gruppe mit Selbstverwaltung und Pflichtversicherungen weisen Österreich und Belgien kleinere Lücken auf, Deutschland und die Niederlande dagegen gravierende. Nur Frankreich liefert in dieser Gruppe vollständige Daten. Grundsätzlich also ist es auch in Ländern mit Pflichtversicherung und korporatistischer Steuerung möglich, Impfkampagnen so anzulegen, dass Daten umfassend erhoben werden. Theoretisch gibt es dafür unterschiedliche Möglichkeiten. In Belgien, das von der COVID19-Pandemie besonders stark getroffen wurde mit hohen Todeszahlen, wurde folgender Weg gewählt: Es wurden 2 Priorisierungsgruppen (1a und 1 b) gebildet.<sup>5</sup> Alle darunter fallenden EinwohnerInnen wurden zentral in einer landesweiten Datenbank erfasst. Zusammengeführt wurden dabei Daten aus dem Bevölkerungsregister (Name, Wohnort, Alter, Geschlecht) mit Angaben aus den Registern der Krankenkassen zu Mitgliedern mit Vorerkrankungen und besonderen Risiken. Eine Software sortierte und priorisierte die Personen nach Alter und anderen medizinischen Kriterien. Dann werden die Personen gemäß der ermittelten Reihenfolge und der Verfügbarkeit der Impfstoffe zur Impfung eingeladen. Dazu erhalten sie ein Informations- und Einladungsschreiben vom Ministerium. Dieses Verfahren war am Anfang mit einigen Pannen (zu frühe Einladungen, z.B.) behaftet, scheint dann aber gut funktioniert zu haben. Chaotische Szenen und Impfungerechtigkeiten, wie sie beim deutschen Vorgehen nicht nur während der ersten Januarwochen, sondern auch noch in den Folgemonaten auftraten und auftreten,<sup>6</sup> wurden vermieden. Statt eine große Anzahl von Menschen

<sup>5</sup> In der Gruppe 1a fanden sich hochaltrige Personen, HeimbewohnerInnen, das Krankenhauspersonal und SeniorenbetreuerInnen; in der Gruppe 1b Personen ab 65 Jahren sowie Personen im Alter zwischen 45 und 64 Jahren mit besonderen Risiken und/oder Vorerkrankungen. Angaben nach: <https://ostbelgiendirekt.be/corona-in-ostbelgien-impfkampagne-275478>; 22.5.21.

<sup>6</sup> Die Leipziger Volkszeitung konnte von dem Callcenter-Unternehmen Capita, das im Auftrag von DRK und Sächsischem Sozialministerium die sächsische Impfhilfe betreibt, interne Chatverläufe einsehen. Danach müssen sich am Telefon dramatische Szenen abgespielt haben. Bisweilen haben ältere Menschen um die 50mal an-

ungesteuert in einen Wettlauf um knappe Impfdosen zu schicken, war die Anzahl der Einladungen begrenzt auf die jeweils als nächstes verfügbaren Impfdosen. Aus den Daten der Länder mit detaillierter Altersaufschlüsselung ergibt sich, dass abgesehen von Finnland in allen Ländern mit staatlichen Gesundheitssystemen prioritär alte und hochaltrige Menschen 1. und 2. Impfdosen erhalten haben. Von den über 80-Jährigen sind in 8 von 9 EU-Ländern dieses Systemtyps bereits mindestens 80 Prozent, teilweise (DK, ES, IS, PT) sogar mehr als 90 Prozent voll geimpft. Bei den Ländern mit Pflichtversicherungssystem liegen die Quoten deutlich niedriger. Siehe zu Österreich, Belgien und Frankreich die Tabelle.

**Tabelle 1: EU-weites Impfmonitoring: Pflichtversicherungssysteme und staatliche Systeme im Vergleich (Stand 19. Mai 2021)**

	Pflichtversicherungssysteme					Staatliche Systeme				
	AT	DE	NL	BE	FR	DK	IS	NO	ES	PT
<b>Datenverfügbarkeit</b>										
Administrierte Impfungen (Anzahl)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aufteilung der erfolgten Impfungen auf Impfprodukte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Geimpfte Personen unter und über 60 Jahren	X	F	F	X	X	X	X	X	X	X
Geimpfte Personen: Verteilung auf 6 Altersgruppen <sup>1</sup>	X	F	F	X	X	X	X	X	X	X
Angaben zu Alters- und Pflegeheimen: Heimbewohner und Beschäftigte	F	F	F	F	X	F	X	F	X	F
Angaben zu den Beschäftigten des Gesundheitssystems	F	F	F	X	X	X	X	X	X	F
<b>Impfquoten (vollständige Impfung) der vulnerablen Bevölkerung (%)</b>										
Altersgruppe > 80 Jahre	67	F	F	58	59	97	98	87	94	89
Altersgruppe 70 Jahre bis 79 Jahre	33	F	F	38	52	77	43	47	65	29
Altersgruppe 60 – 69 Jahre	13	F	F	12	17	18	37	6	8	12
Altersgruppe 60 Jahre und älter	31	F	F	31	38	54	49	36	48	35
Altersgruppe < 60 Jahre	8	F	F	8	6	7	14	3	5	7
Impfquoten der BewohnerInnen von Langzeitpflegeeinrichtungen	F	F	F	F	76	91	49	F	93,4	F

**Legende:** AT = Österreich, DE= Deutschland, NL = Niederlande, BE = Belgien, FR = Frankreich, DK = Dänemark, IS = Island, NO = Norwegen, ES = Spanien, PT = Portugal, x = Daten sind verfügbar; F = Daten fehlen  
1) 18-24 Jahre, 25-49 Jahre, 50-59 Jahre, 60-69 Jahre, 70-79 Jahre, 80 Jahre und älter.

Quelle: ECDC („European Centre for Disease Prevention and Control), Impf-Monitoring-System Stand 19. Mai 2021: <https://covid19-vaccine-report.ecdc.europa.eu/#vaccine-uptake-for-the-first-dose-among-adults-aged-18-years-and-above-in-eueea-countries>; 21.05.21

Der Ländervergleich zur Verfügbarkeit aussagekräftiger Gesundheitsdaten insgesamt und speziell bezogen auf den Informationsbedarf während einer Pandemie zeigt zweierlei. **Erstens** verlangt die Forderung nach einer stärkeren Gemeinwohlorientierung des Gesundheitssystems nach einer eingrei-

---

gerufen, ehe jemand erreichbar war, um dann zu erfahren, dass sie in einigen Tagen neu anrufen sollen, weil keine Termine verfügbar sind. Siehe „*Mir hat jemand den Tod gewünscht. Chaotische Terminvergabe, emotionale Telefonate*“, in: LVZ 21.04.21, S. 16.

gend-gestaltenden Rolle des Staates. Dafür aber müssen Politik und Staat das für die Etablierung eines aktiven Politikmodells erforderliche Wissen überhaupt erst an die Hand bekommen. Eingreifende Gestaltung nämlich braucht valide und systematisch aufbereitete Daten, die einheitlichen Kriterien folgen und Licht bringen in die Verästelungen des fragmentierten deutschen Gesundheitssystems. Die international diesbezüglich gegenüber Deutschland vorgetragene Kritik (OECD/EU 2019b, S. 21) ist berechtigt. **Zweitens** stellt sich das Problem der Datenverfügbarkeit in einer Pandemie verschärft. Statt jedoch weitsichtig vorzuplanen, wurde ad-hoc immer nur soweit nachgebessert, wie es unabdingbar war. Bei der Impfkampagne schließlich wurde zwar eine technische Infrastruktur von Impfzentren zügig aus dem Boden gestampft und an den Start gebracht. Der Betrieb jedoch und die Logistik zur Umsetzung der Priorisierungsvorgaben ist mit Mängel behaftet. Statt wie in Belgien die rechtlichen und tatsächlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Bürger und Bürgerinnen, die konkret an der Reihe sind, persönlich eingeladen werden können, verließ man sich auf eine Komm-Philosophie, bei der sich die Berechtigten selbst kümmern mussten. Statt beim RKI ein digitales Impfregister zu schaffen, an das alle mit Impfungen befassten Dienstleister (Impfzentren, Hausärzte, Krankenhäuser, Betriebsärzte) die Daten zu eingepflanzten und vollzogenen Impfungen so melden müssen, dass damit auch das EU-Monitoring-System bedient werden kann, wurde ein Monitoring-System geschaffen, das diesen Standards nicht genügt.

### **Applaus ersetzt Aufwertung nicht – Warum der Pflegenotstand nur verwaltet wird**

*Corona-Prämien und ein akzeptabler Tarifabschluss sind zu begrüßen, bringen aber noch keine Aufwertung*

Während der 1. Welle der Covid19-Pandemie sorgten die in Deutschland moderaten Fallzahlen dafür, dass ein Großteil der verfügbaren und zusätzlich bereitgestellten Intensivbetten gar nicht benötigt wurde. Die Überlastung des KH-Pflegepersonals resultierte in dieser Phase aus Engpässen bei Schutzausrüstungen und Schutzmaterialien sowie der Erfahrung hoher Letalität bei den intensivmedizinisch behandelten meist älteren Patienten. Aufgrund europäischer Vergleichszahlen aus der 1. Welle ist bekannt, dass das Risiko eines tödlichen Krankheitsverlaufes bei Älteren im Schnitt fast vierfach (3,7fach) so hoch ist wie im Durchschnitt der Bevölkerung und bei hochaltrigen Menschen exponentiell ansteigt (OECD/EU Kom 2020; S. 55). In den Pflegeheimen war die Belastung noch viel dramatischer als in den Krankenhäusern. Aufgrund der verfügbaren Besuchsverbote fühlten sich viele Pflegebedürftige wie in einer Art Isolationshaft. Sie und ihre Angehörigen wurden erheblichem Stress ausgesetzt. Schon vor der Pandemie hatte sich die personelle Unterbesetzung in vielen Heimen weiter zuspitzt. Jetzt musste das zu wenige Personal noch ein höchst belastendes zusätzliches Arbeitspensum stemmen: Statt Gruppenversorgung im Speiseraum, Einzelversorgung in den Zimmern; Selbstorganisation, teilweise auch Selbstfertigung von Schutzmaterialien; dazu die Notwendigkeit, die in ihrer Mehrzahl dementen Heimbewohner und Heimbewohnerinnen, die zur rationalen Erfassung des Geschehens gar nicht mehr in der Lage sind, irgendwie zu beruhigen.

Die Öffentlichkeit quittierte den Einsatz des Pflegepersonals mit Applaus. Schlagartig war vielen die wichtige Rolle derjenigen, die Dienste direkt an Menschen erbringen, bewusst geworden. Um den Einsatz zu honorieren, gab es nach einigem Gezerre um Fragen der Finanzierung zunächst eine sogenannte „Corona-Prämie“ für die Kräfte in der Altenpflege. Sie belief sich auf bis zu 1.500 € bei den in Vollzeit beschäftigten Pflegekräften; bei Teilzeitbeschäftigten auf entsprechend weniger. Der Bund



trägt über die Pflegeversicherung (§ 150a SGB XI) 2/3 des Betrages (max. 1.000 €), das weitere Drittel (max. 500 €) sollte steuer- und abgabenfrei über Länder-Zuschüsse zustande kommen, was teilweise ganz gut, in Berlin, Niedersachsen und Thüringen aber erst mit Verzögerung funktionierte (BGM: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegebonus.html>; 14.01.21). Die Krankenhauspflegekräfte sollten zunächst keine Sonderzahlung erhalten. Es bedurfte heftiger Protesten aufgrund der Ungleichbehandlung, ehe sich der GKV-Spitzenverband und die DKG e.V. Anfang September 2020 auf eine Teillösung verständigten. Nur an Krankenhäusern, wo zwischen dem 1. Januar und dem 31. Mai 2020 eine Mindestzahl an Corona-Patienten versorgt wurde, soll es für die in die Behandlung eingebundenen Pflegekräfte eine Sonderzahlung analog zur Altenpflege geben mit zwei Dritteln Refinanzierung über den Gesundheitsfonds und ein Drittel über die Bundesländer. Das Konzept führt wegen der während der 1. Welle moderaten Fallzahlen dazu, dass die meisten Klinikpflegekräfte leer ausgehen. Noch im Dezember, als die 2. Welle mit hohen Fallzahlen das Pflegepersonal an zunehmend mehr Kliniken an die Grenze ihrer Belastbarkeit brachte, ging das unwürdige Gezerre um die Ausweitung des Kreises der Berechtigten und die Finanzierungsfrage weiter. Ein klares Signal der Wertschätzung an die Adresse des Pflegepersonals ist dies nicht.

Immerhin – und dies begrüßt die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* ausdrücklich – gelang es Verdi und dem DBB im Herbst 2020 bei den Tarifverhandlungen von Bund und Kommunen ein Ergebnis zu erzielen, das für die Beschäftigten in den Gesundheitsämtern sowie den kommunalen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eine respektable Einkommenssteigerung bedeutet. Auf gewerkschaftliche Erfolge bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften wurde bereits im MEMORANDUM 2020 (vgl. S. 237ff) näher eingegangen. Jetzt gelang eine Fortsetzung. Bei einer Laufzeit bis zum 31.12.2022 beträgt die Entgeltsteigerung in der Pflege durchschnittlich 8,7 Prozent, bei den Intensivpflegekräften sind es sogar knapp 10 Prozent. Die Beschäftigten erhalten eine Corona-Prämie, die in den unteren Lohngruppen höher ausfällt als in den oberen Lohngruppen; und als zusätzliche Komponente ab März 2021 eine Pflegezulage von 70 €, die im Folgejahr auf 120 € ansteigt (*Ver.di-PM vom 25.10.20: Tarifeinigung im öffentlichen Dienst von Bund und Kommunen: Deutliche Anhebung für untere Einkommen und Gesundheitsberufe*). Bei den Beschäftigten in den Gesundheitsämtern, die durchweg zum öffentlichen Dienst zählen, schlägt das Ergebnis voll durch. Schon bei den Krankenhäusern jedoch sind Abstriche zu machen, da nur eine Minderheit der Pflegekräfte in Häusern mit Anbindung an den öffentlichen Tarif arbeitet. Für die Langfristpflege schließlich hat der Tarifabschluss kaum Bedeutung. Nur rd. 5 Prozent der Altenpflegefach- und Altenpflegehilfskräfte arbeiten bei öffentlichen Trägern. Die in der Altenpflege dominierenden kommerziellen Dienstleister sind weitestgehend tarifungebunden. Folge: Von den HelferInnen in der Altenpflege arbeiten bundesweit 58 Prozent und in Ostdeutschland sogar 78,5 Prozent im Niedriglohnbereich (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, PM vom 28.08.2020). Ohne die Durchsetzung eines bundesweit gültigen Tarifvertrages, der sich am TVöD orientiert, bleibt die Altenpflege im Niedriglohnsektor gefangen. Eine Chance auf einen bundesweit für allgemeinverbindlich erklärten Tarifvertrag eröffnete das Pflegelöhneverbesserungsgesetz von 2019 über den Weg der Arbeitnehmerentsendung. Voraussetzung war, dass Ver.di und die 2019 gegründete Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche (BVAP) einen Tarifvertrag aushandeln, dem dann auch die kirchlichen Träger zustimmen. Den Tarifvertrag gibt es zwischenzeitlich, er wird aber keine Allgemeinverbindlichkeit erlangen können. Um ihr Geschäftsmodell des sogenannten 3. Weges durch die indirekte Zustimmung zu einem Tarifvertrag nicht zu gefährden, hat die arbeitsrechtliche Kommission der Caritas dem Tarifvertrag Ende Februar 2021 die Zustim-

mung verweigert; die Diakonie hat sich dahinter versteckt und keine Entscheidung getroffen. Damit nun steht die Frage einer Änderung bei den Finanzierungsspielregeln im Raum. Denkbar wäre, dass zukünftig nur tarifgebundene ambulante und stationäre Pflegedienste Mittel aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung erhalten. Dies wäre ein Weg, um dem Missstand abzuweichen, dass die Tarifbindung von Pflegeheimen im europäischen Vergleich eine der geringsten ist. Während Belgien, Dänemark, Island, Norwegen und Österreich zwischen 95 und 100 Prozent Tarifbindung erreichen und die Tarifbindung in Finnland und Schweden immerhin noch bei über 80 Prozent liegt, erreicht sie in Deutschland nur 10 Prozent. Ähnlich schlecht schneidet mit 15 Prozent Großbritannien ab (Eurofound 2020: S. 52ff. und nationale Statistik bei Island und Norwegen).

### *Finanzielle Fehlsteuerung zu Lasten des Pflegepersonals*

So wichtig Entlohnungsfragen zweifellos sind, das Kernproblem der Akut- wie Langfristpflege besteht in zu wenig Personal. In der Krankenhauspflege fehlen mindestens 100 Tsd. Vollkräfte (Simon 2018), in der Langzeitpflege ist die Lücke noch größer. Wie groß sie allein im Heimbereich ist gemessen an einer Pflege, die dem Bedarf der heute Pflegebedürftigen gerecht würde, hat eine von der Universität Bremen unter Leitung von Prof. Dr. Heinz Rothgang (SOCIUM) durchgeführte Personalbemessung ermittelt. Grundlage der Studie war ein gesetzlicher Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens, der mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 in das SGB XI aufgenommen worden war. Der im Jahr 2020 vorgelegte Abschlussbericht zeigt auf, dass durchgehend Pflegepersonalmehrbedarfe bestehen von bundesweit gut 100.000 Vollkräften. Näheres siehe bei SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik et al. 2020. Die ambulante Pflege ist dabei noch gar nicht berücksichtigt und auch bei den Heimen kommt der ermittelte Zusatzbedarf On-TOP zu den Personalmehrbedarfen hinzu, die sich allein aus der Zunahme der Zahl Langzeitpflegebedürftiger errechnen (vgl. Heintze et al. 2020, S. 22). Nimmt man die ambulanten Dienste hinzu und bringt endlich Licht plus Regulierung in das Problem des expandierenden grauen Pflegemarktes, so geht es auf die nächsten 10 Jahre gesehen um die Schließung einer Personallücke, die sich jenseits einer halben Mio. Vollkräfte bewegen dürfte.

Die Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege kam erst nach einem Vorlauf von 20 Jahren Diskussion zustande. Die Umsetzung hätte im zurückliegenden Jahr starten sollen. Nicht nur wegen der Covid19-Pandemie ist davon wenig zu sehen. Es fehlt der Rückenwind durch die Vorabklärung essentieller Fragen. Sie reichen vom Wie der Steigerung der Ausbildungskapazitäten bis zu der Frage, wer die Zusatzkräfte bezahlt. In der Krankenhauspflege immerhin gab es mit der Pflege-Personal-VO von 1993 temporär ein Instrument der Personalbemessung. Trotz gewisser Unzulänglichkeiten (vgl. Simon 2020) hat es während der kurzen Zeit, wo es in Kraft war, verhindert, dass nach dem Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips die Entfaltung der Logik von Markt und Wettbewerb negativ auf das Pflegepersonal durchschlug. Von 1991 bis 1996 stieg die Besetzung mit ärztlichen Vollkräften um 9,9 Prozent, was wenig unter dem Anstieg der Fallzahlen lag, die bei leicht sinkender Liegezeit um 10,9 Prozent gestiegen waren. Der Anstieg bei den Vollkräften des Pflegedienstes fiel mit +7,1 Prozent (1991: 326,1 Tsd.; 1996: 349,4 Tsd.) zwar geringer aus, was unter Berücksichtigung rückläufiger Liegezeiten jedoch als Stabilisierung interpretiert werden kann. 1996 schaffte die Koalition aus CDU/CSU und FPD die Pflege-Personal-VO ab. Man dürfe den Wettbewerb der Krankenhäuser nicht durch planwirtschaftliche Instrumente behindern, jedes Haus müsse über seine Personalausstattung selbst entscheiden können, lautete die Begründung. Mit der Abschaffung der Personalstellenverord-

nung war der Weg frei für Kosteneinsparungen zu Lasten der Pflege. Kliniken, die beim Personalabbau besonders aggressiv zu Gange waren, erzielten einen Wettbewerbsvorteil. Durch das 2004 verpflichtend etablierte DRG-Preissystem erhielt dies zusätzlich Nahrung. Vorreiter beim Abbau von Pflegepersonal war die For-Profit-Fraktion. Sie hatte vor der Ermöglichung von Renditeerwirtschaftung nur eine ergänzende Rolle gespielt. Jetzt wurde sie die treibende Kraft in einem Spiel, bei dem kommerzielle Krankenhausversorgung zu Lasten öffentlicher und frei gemeinnütziger Versorgung expandierte. Von 1996 bis 2006 stiegen die Fallzahlen um 4,1 Prozent, die Vollkräfte des Pflegedienstes wurden gleichwohl um 14,3 Prozent (- 50,1 Tsd. Vollkräfte) abgebaut, während die ärztliche Besetzung um 18,6 Prozent erhöht wurde (+ 19,4 Tsd.). Mit der Verknappung der pflegerischen Personalressourcen wuchs die Arbeitsverdichtung so sehr, dass zunehmend selbst qualitative Mindeststandards nur noch bei einer Minderheit von Krankenhäusern zur Anwendung kommen, von guter Pflege ganz zu schweigen (vgl. Verdi 2017, Isfort et al. 2017 und Isfort 2017). Bei all dem ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der Alterung der Gesellschaft der Anteil multimorbider Krankenhauspatienten mit häufig auch dementiellen Störungen stark gewachsen ist und weiter wächst. Diese Patienten benötigen intensive Pflege und Rundumversorgung, worauf die Abläufe in den Krankenhäusern und die dürftige pflegerische Personalausstattung nicht ausgerichtet sind (Näheres zu diesen Versorgungslücken siehe Pflege-Thermometer 2014).

#### *Eisernes Festhalten an gescheiterten Konzepten*

Im MEMORANDUM 2018 hat die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* die Krankenhausentwicklung vor und nach der Einführung eines Quasi-Marktwettbewerbs näher analysiert. Gezeigt werden konnte, dass die proklamierten Ziele einer Beschleunigung beim Abbau von Krankenhäusern und Krankenhausbetten ebenso wenig erreicht wurden, wie es auch nicht gelang, das Wachstum bei den Krankenhausausgaben stärker zu dämpfen als dies in den 80er Jahren im Rahmen diskretionärer Kostendämpfungspolitik gelungen war (a.a.O., S. 142ff). Simon 2020 kommt zu dem gleichen Befund (S. 167f.). Geändert hat sich nicht das Wachstumstempo der Krankenhausausgaben, sondern die Verteilung. Die lukrativen Bereiche, auf die sich die For-Profit-Krankenhauskonzerne konzentrieren, legten zu; die anderen Bereiche verloren. Dies entspricht der Logik, die dem DRG-Regime der Fallpauschalen inhärent ist (siehe dazu Krankenhaus statt Fabrik 2020). Natürliche Geburten z.B. lassen sich in Fallpauschalen schwer abbilden, also verdoppelte sich der Anteil gewinnträchtiger Kaiserschnittbindungen; die Behandlung von Kindern wird im Fallpauschalenregime leicht zu einem Verlustbringer, also trennen sich die an Erlösmaximierung orientierten Häuser von Kinderkliniken und betreiben stattdessen den Ausbau lukrativer Bereiche der Orthopädie oder Kardiologie. Das Preissystem ist nach Simon 2020 darauf ausgelegt, einem erheblichen Teil der öffentlichen und freigemeinnützigen Häuser die wirtschaftliche Sicherung zu verweigern, um den Weg frei zu halten für die Expansion gewinnorientierter Konzerne.

Pandemiebedingt ist das Fallpauschalen-System gegenwärtig weitgehend außer Kraft gesetzt. Die Ausgaben, die in einer Pandemie entstehen, lassen sich darüber nicht abbilden. Stattdessen nun gibt es Überbrückungsfinanzierungen, um zu verhindern, dass Kliniken mitten in der Pandemie in die Insolvenz gehen. Dies als Anfang vom Ende eines fragwürdigen Finanzierungssystems zu interpretieren, dürfte jedoch verfrüht sein. Die wirtschaftlichen Profiteure der Vermarktlichung und diejenigen, auf deren Konto die Einführung des DRG-Systems geht, werden nicht müde, den eingeschlagenen Weg als richtig und erfolgreich zu rechtfertigen. Das BGM etwa spricht von „*einer Verbesserung der*

*Transparenz und Wirtschaftlichkeit der allgemeinen Krankenhausversorgung*“ (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>; 17.01.21). Die empirischen Fakten werden dabei gerne so zurechtgebogen, dass es scheinbar passt. Bestritten wird z.B., dass der Abbau von Pflegepersonal wesentlich der Logik des neuen Entgeltsystems geschuldet ist. Als „Gegenbeweis“ wird angeführt: Deutschland habe im internationalen Vergleich auf Einwohner bezogen nicht wenig, sondern überdurchschnittlich viel Pflegepersonal. Bezug genommen wird auf OECD-Daten (OECD Health Data). Erfasst und auf EW bezogen sind dabei die Pflegefachkräfte unabhängig von ihrem Beschäftigungsort. Über die pflegerische Versorgung der Krankenhauspatienten sagt dies wenig. Auskunft zur Situation in den Krankenhäusern geben die Eurostat-Daten zu den vollzeitäquivalenten Krankenhausbeschäftigten nach Berufs- und Funktionsgruppen. Hier jedoch schneidet Deutschland im Vergleich nicht nur mit den skandinavischen Ländern, sondern auch mit etlichen anderen europäischen Ländern schlecht ab (vgl. Heintze et al. 2020, S. 19ff. und Memorandum 2019, S. 293f.). Anders als suggeriert, würde eine geringere Anzahl von Krankenhäusern oder Betten daran nichts ändern. Für die Frage, wie viele Patienten eine Pflegekraft pro Schicht zu versorgen hat, ist es irrelevant, ob sich die Patienten auf 1.925 Krankenhäuser – so viele Krankenhäuser gab es einschließlich der Sonderbereich 2018 – oder auf weniger als 1.000 Krankenhäuser verteilen, wie es die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und die Bertelsmann Stiftung empfehlen. Im internationalen Vergleich weist Deutschland zwar eine der höchsten Bettendichten aus, kombiniert dies aber mit einer der geringsten Dichten an Pflegepersonal. Wie aus *Tabelle 2* ersichtlich ist die Personaldichte nach 2012 zwar angehoben worden. Der Rückstand gegenüber den 8 in die Tabelle aufgenommenen Vergleichsländern konnte jedoch nicht abgebaut werden, zumal abgesehen von Tschechien und dem Vereinigten Königreich die Personalausstattung auch in den anderen Ländern verbessert wurde; in Frankreich blieb sie unverändert.

Auch das seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. immer wieder vorgetragene Argument, es gäbe zum Zusammenhang zwischen pflegerischer Personalausstattung und Patientenwohl keine belastbaren Daten, ist zurückzuweisen. Aus dem angelsächsischen und skandinavischen Raum, wo sich schon seit Jahrzehnten eine qualitativ hochstehende pflegewissenschaftliche Forschung etabliert hat, gibt es eine Vielzahl von Studien mit belastbaren Daten. Sie zeigen, dass Relationen von Pflegekraft pro Patient, wie sie in Deutschland üblich sind, mit erhöhten Risiken für gesundheitliche Schäden bis hin zu einer erhöhten Mortalitätsrate verbunden sind (für einen Überblick vgl. Griffiths et al. 2013). Dass diese Erkenntnisse für Deutschland bislang aufgrund des Fehlens entsprechender Studien nicht verifiziert wurden, ist kein Beleg dafür, dass sie nicht zutreffen. Die defizitäre Studienlage resultiert **1)** aus einer Haltung des Nicht-Wissen-Wollens seitens der Krankenhäuser mit besonders schlechter Personalausstattung; **2)** schlägt sich hier nieder, dass Deutschland bei der Entwicklung der Pflegewissenschaft im internationalen Vergleich eines der Schlusslichter ist. Politische Versäumnisse und Blockaden seitens der Selbstverwaltung tragen dafür die Hauptverantwortung. Solange es bei der Pflege nicht zu einer grundständigen Akademisierung mit Lehrstühlen an Universitäten und Fachhochschulen kommt, wird sich daran wenig ändern. Sowohl in den skandinavischen wie auch in den angelsächsischen Ländern agieren Pflegeprofis zunehmend auf Augenhöhe mit der Medizin. Es ist nur konsequent, dass die Leitung von Kliniken für RN´s (Registered Nurses) geöffnet wurde. In Schweden stellten Nursing Professionals bereits 2011 die Hälfte der Klinikdirektoren (vgl. Anell et al. 2012). Mit der Emanzipation der Pflege aus der Subordination unter die Medizin wächst logischerweise sowohl

das Interesse an wie auch die Befähigung zu qualitativ hochwertigen pflegewissenschaftlichen Studien.

**Tabelle 2: Krankenhausbetten (med. Behandlung) und Krankenhaus-Pflegefachpersonal (Vollkräfte) auf 100.000 Einwohner im 5-Jahres-Durchschnitt 2001 bis 2018 im Vergleich**

	Krankenhausbetten im DS der Jahre			Pflegefachkräfte (Vollkräfte)		
	2001-2005	2006-2012	2013 - 2018	2001-2005	2006-2012	2013 - 2018
Deutschland	654,1	619,1	611,5	379,4	383,2	415,1
Österreich	657,8	621,8	560,8	536,8	573,2	585,6
Belgien	589,5	550,3	512,9	495,3	530,0	555,0
Tschechien	556,0	492,1	414,9	527,1	515,2	499,5
Schweiz	492,3	422,6	370,7	549,7	545,1	569,3
Norwegen	435,0	401,8	331,1	705,6	740,5	781,1
Frankreich	381,8	350,0	318,2	527,1	529,6	527,8
Vereinigtes Königreich	390,9	553,5	261,7		571,4	554,8
Dänemark	405,7	296,8	258,3	580,0	617,1	650,3

**Quellen:** 1) Eurostat, Krankenhausbetten nach Behandlungsart [hlth\_rs\_bds]; Update 20.07.2020;  
2) Krankenhauspersonal [hlth\_rs\_prshp1]; Update 10.07.2020; eigene Berechnung

Es wird wohl kaum mehr als einige Nachjustierungen bei Themen geben, die in der Öffentlichkeit auf große Resonanz stoßen (Beispiel: Abbau von Kinder- und Jugendkliniken). Dies in der Absicht, den Marktkurs im Kern beibehalten zu können. Welche problematische Rolle der Gemeinsame Bundesausschuss als höchstes Organ der Selbstverwaltung bei der Forcierung einer kalten Strukturbereinigung durch den Quasi-Markt zwischenzeitlich spielt, hat die Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik in ihrem Memorandum 2020 dargelegt (251ff.). Die dort vorgetragene Analyse erfährt durch die Pandemieerfahrung eine zusätzliche Bestätigung, sind Teil der kritischen Infrastruktur eines Landes und sollten daher kein Feld für renditeorientierte Geschäftsmodelle sein. Auch ihre Ausrichtung allein an Effizienzgesichtspunkten erweist sich als fahrlässig. In der Pandemie tragen die öffentlichen Häuser, zumal die Universitätskliniken die größte Last, während die kommerzielle Fraktion die Krise fürs Geschäftemachen nutzt. Jedes zusätzlich aufgestellte Intensivbettes wurde mit 50.000 € öffentlich gefördert. Nicht wenigen Häusern haben Fördermittel abgegriffen, ohne für den Betrieb der Betten Personal vorzuhalten. Sie haben also Erlöse generiert für Null Leistung. Für nähere Informationen siehe Krankenhaus statt Fabrik 2021 und den SWR-Beitrag vom 2. Dezember 2020 (Hartnagel/Hirl 2020).

Statt den Wettbewerbskurs und die Ausrichtung auf die Generierung von Profiten zu Lasten der Allgemeinheit fortzusetzen, ist es geboten, die Krankenhauslandschaft länderübergreifend so neu zu gestalten, dass sie als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge robust genug ist, um für außergewöhnliche Gesundheitskrisen durch den Einbau von Puffermechanismen gewappnet zu sein. Je aktiver die hier geforderten Bundesländer werden, umso weniger wird die Strategie der kalten Strukturbereinigung zum Zuge kommen. Noch liegen Sicherstellungsauftrag und die Kompetenz für die Planung der Krankenhausversorgung bei den Bundesländern, die dieser Aufgabe aber nur unzureichend gerecht werden.

*Politik der Reparatur und Schadensbegrenzung ist an ihre Grenze geraten*

Die amtierende Koalition aus CDU/CSU und SPD hält sich zu Gute, Aktivitäten zugunsten der Pflege entfaltet zu haben wie keine Regierung vor ihr. In der Tat: An Aktionismus in Form von Förderprogrammen und Einzelinterventionen herrscht kein Mangel. Die Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik hat jedoch bereits in ihren MEMORANDEN von 2018 (vgl. S. 162), 2019 und 2020 dargelegt, dass die Vielzahl an Einzelaktionen der Grundlogik des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems verhaftet bleibt und daher nicht das Potential hat, eine wirkliche Trendwende einzuleiten. Folge: Der Pflegenotstand wird verwaltet, nicht behoben, ja noch nicht einmal entschärft. Im Care-Klima-Index von 2019 des Deutschen Pflegerates findet dies insoweit seinen Niederschlag, als die Pflegebeschäftigten sich zwischenzeitlich von der Politik stärker wahrgenommen fühlen. Wirkung auf die Arbeitsbedingungen hat der politische Aktionismus aber nicht. Hier gab es gegenüber 2017 nur Verschlechterungen. Die Zahl derjenigen, die die Arbeitsbedingungen in der Pflege als schlecht bewerten, ist von 51 Prozent (2017) auf 60 Prozent (2019) weiter angestiegen (<https://www.pfleger-online.de/pflegekrise-arbeitgeber-reagieren-traege>; überprüft am 16.01.21)

Der Aktionismus setzt sich großspurig in Szene. Seine Programme aber enden häufig als Flop, weil sie an den Eigengesetzlichkeiten des korporatistischen Gesundheits- und Pflegesystems, wo der Staat nur subsidiär tätig ist, zerschellen. Zuletzt widerfuhr dem 13.000 Pflegestellen-Programm dieses Schicksal. Im Koalitionsvertrag vom 7. Februar 2018 war es als 1. Schritt und Sofort-Maßnahme zur Behebung der Personalnot in den Pflegeheimen angekündigt worden. Gesetzeskraft erlangte es über Artikel 11 des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG, BGBl. I Nr. 45, S. 2394) vom 14.12.2018. Im November 2020 zogen Bundesregierung und Verbände eine Bilanz zu den Fortschritten der 2019 ins Leben gerufenen Konzentrierten Aktion Pflege (KAP). Es gibt sie nur im Kleinklein (vgl. den Ersten Umsetzungsbericht vom November 2020). Zu der wenig ermutigenden Bilanz gehört, dass das 13.000 Stellen-Programm floppt – bis November 2020 wurden nur knapp 3.000 Stellen (23%) besetzt. Der leergefegte Arbeitsmarkt liefert nur eine Teilerklärung. Würde es in den zurückliegenden Jahren entschiedene Signale pro Aufwertung der Pflege mit einer bedarfsgerechten Personalausstattung, Bezahlung nach Tarif sowie auch der perspektivischen Überführung pflegerischer Ausbildungs- und Studiengänge in das öffentliche Schul- und Hochschulwesen gegeben haben, könnten BerufsaussteigerInnen zurückgeholt und der Arbeitsmarktengpass sukzessive durch die Steigerung der Berufszugänge abgebaut werden. Stattdessen jedoch beschränkt sich die Bundes- wie Landespolitik auf das Moderieren, Delegieren und das ständig neue Auflegen kurzatmiger Förderprogramme. Der Pflexit aus dem Pflegeberuf vollzieht sich derweil schneller als die Mini-Verbesserungen, zu denen das bestehende System fähig ist, zum Tragen kommen. Für 2020 kann davon ausgegangen werden, dass die Zahl derjenigen, die sich noch einen Funken Hoffnung bewahrt haben und bereit sind, dafür aktiv einzutreten, noch weiter zurückgegangen ist. Die Erschöpfung aufgrund der Covid19-Pandemie tut dabei ein Übriges.

Zusammenfassend kann die auf Schadensbegrenzung gerichtete Politik der Bundesregierung für die letzten 5 Jahre als eine Politik-Kaskade beschrieben werden, bei der die Schritte zwar größer werden, aber auch in der Summe keine zukunftsweisende Gesamtstrategie ergeben:

- Als die personelle Unterbesetzung der KH-Pflegedienste ihren Höhepunkt erreicht hatte, wurde mit dem KH-Strukturgesetz von 2015 ein mickriges Programm zur Förderung von 6.000 zusätzlichen Pflegestellen aufgelegt (Volumen: 660 Mio. € bis 2018; danach 330 Mio. €).



- Im Lichte der nur schleppenden Umsetzung dieses Pflege-Stellenförderprogramms erteilte die Politik der Selbstverwaltung im Juli 2017 den Auftrag, sich bis zum 30.06.2018 in 6 pflegesensiblen Bereichen auf Personaluntergrenzen zu verständigen, die ab 1.1.2019 in Kraft treten (SGB V, § 137i). Mit der Ermittlung der Datengrundlagen beauftragten GKV und DKG just die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG, deren Gutachten (vgl. KPMG 2018) über keinerlei pflegewissenschaftliches Fundament verfügt.
- Auf Personaluntergrenzen konnte sich die Selbstverwaltung dann nicht verständigen. Die Regelung fiel damit an das BGM, das per Ministerentscheidung vom 23.08.2018 für 4 pflegesensible Bereiche eine Pflegepersonal-Untergrenzenverordnung (PpUGV) erließ, die am 1.1.2019 in Kraft trat. Die Verordnung sollte außer Kraft treten, sobald die Selbstverwaltung doch noch eine Einigung erzielt haben würde. Sie erhielt den Auftrag, bis zum 01.01.2020 für weitere pflegesensitive Bereiche Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren. Auch hierzu hat die DKG am 11.10.2019 das Scheitern erklärt. Erneut kam es in der Folge zu einer Ersatzmaßnahme durch das BGM, die die Bereiche Herzchirurgie, Neurologie, neurologische Schlaganfälle und neurologische Frührehabilitation betrifft.
- Mit Stand von Anfang 2020 waren durch ministerielle Ersatzvornahme Untergrenzen für folgende 9 Bereiche festgelegt: (1) Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin, (2) Geriatrie, (3) Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie, (4) Innere Medizin und Kardiologie, (5) Herzchirurgie, (6) Neurologie, (7) Neurologische Schlaganfalleinheit, (8) Neurologische Frührehabilitation, (9) Pädiatrie. Die Pflegepersonal-Untergrenzen bilden keine Sollvorgaben, die auf einer pflegewissenschaftlichen Personalbemessung basieren, sondern haben lediglich die Funktion des Patientenschutzes, wobei die Beschäftigung von Pflegehilfpersonal angerechnet wird. Mit der Einhaltung zeigten sich etliche Kliniken gleichwohl überfordert. In der Folge war es 2019 zu Bettensperrungen insbesondere in intensivmedizinischen Abteilungen gekommen.
- Während der Covid19-Pandemie erhielt die Sicherstellung der Versorgung Vorrang vor der Einhaltung der Personal-Untergrenzen. Ihre Einhaltung wurde daher mit Verordnung vom 25.03.2020 zeitweise ausgesetzt. Mit der schrittweisen Rückkehr von Kliniken in den Regelbetrieb nach der 1. Welle erfolgte eine teilweise Wiedereinsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen. Die Regelungen sind für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie seit dem 1. August 2020 wieder in Kraft, blieben für die übrigen Bereiche aber bis einschließlich 31. Januar 2021 ausgesetzt.
- Als neues Datum für die Verständigung der Selbstverwaltung auf Personaluntergrenzen wurde der 31. August 2020 festgelegt. Erneut erklärte die Selbstverwaltung ihr Scheitern mit der Folge einer erneuten temporären Ersatzmaßnahme des BGM. Mit Datum vom 9. November 2020 erging die „*Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensiblen Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 - Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV*“ (BGBl. I S. 2357). Seit 1. Februar 2021 gilt danach für den Bereich der Intensivmedizin in der Tagschicht eine Untergrenze von 2 Patienten pro Pflegekraft und in der Nachschicht von 3 Patienten pro Pflegekraft. In den anderen Bereichen liegen die Untergrenzen meist bei 10 Patienten pro Pflegekraft in der Tagschicht (Geriatrie, Chirurgie und Unfallchirurgie, Innere Medizin und Kardiologie, Neurologie) und von 20 Patienten pro Pflegekraft in der Nachtschicht (Geriatrie, Chirurgie und Unfallchirurgie, Neurologie). Tiefere Untergrenzen bestehen im Bereich der Herzchirurgie (7:1 am Tag; 15:1 in der Nacht), bei der neurologischen Schlaganfalleinheit (3:1 am Tag; 5:1 in der Nacht) und bei der Neurologischen Frührehabilitation (5:1 am Tag; 12:1 in der Nacht) .sowie in der Pädiatrie (6:1 am Tag; 10:1 in der Nacht).
- Obwohl die herrschende Politik im Einklang mit der Krankenhausgesellschaft an der Behauptung festhält, dass es zwischen dem Niedergang der Krankenhauspflege und dem DRG-Regime keinen Zusammenhang

gibt, entschied sie sich zur Herausnahme der Pflegefinanzierung aus dem DRG-Regime. Die Pflegepersonalkostenvergütung basiert seit 2020 nun auf einem anhand der krankenhausindividuellen Pflegekosten errechneten Pflegebudget.

Die Chronologie dokumentiert die politische Unwilligkeit und Unfähigkeit, die Rolle des jeweils nur zeitweisen Ersatzakteurs für eine in Fortsetzung scheiternde Selbstverwaltung zu verlassen, um die Dinge grundsätzlich neu zu richten. Überfällig ist eine Gesamtstrategie, die der staatlichen Politik auf allen Ebenen – Kommunen, Bundesländer, Bund - zu echter Gestaltungsmacht verhilft. Dazu bedarf es einer Reform der institutionellen Grundlagen des Gesundheitswesens und seiner Finanzierung sowie auch einer Neuausrichtung der Ausbildung und der Kompetenzprofile in den Gesundheitsfachberufen (incl. der Pflege).

### *Leergefegter Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte, aber was ist mit der Ausbildung?*

Seit Jahren gibt es in der Akut- wie Langzeitpflege schon auf dem Papier viel zu wenige Stellen. Diese können häufig nicht zeitnah, sondern erst nach erheblicher Vakanz besetzt werden. Warum aber wird die Nachwuchslücke nicht durch massive Ausweitung der Ausbildungskapazitäten incl. des Hochfahrens von Studienangeboten geschlossen? Es gibt eine Steigerung bei den Ausbildungszahlen, aber sie bleibt weit hinter dem zurück, was erforderlich wäre. Mit der nicht zureichenden Attraktivität pflegerischer Berufe lässt sich die Lücke nur teilweise erklären. Hinzu kommen Gründe, die mit dem zu tun haben, wie und wo in Deutschland ausgebildet wird und zu welchen Qualifikationen und Kompetenzen die Ausbildung führt. Während in fast allen hochentwickelten Ländern die Aus- und Weiterbildung von Pflegefachkräften grundständig akademisiert und in den regulären Schulstrukturen verortet ist, hält Deutschland an Strukturen fest, die schon lange aus der Zeit gefallen sind. Die Pflegeausbildung findet an überwiegend privaten Schulen mit rechtlicher Sonderstellung statt. Das Schulrecht der Länder gilt für diese Lernorte nicht, was zu Benachteiligungen bei der Finanzierung, Ausstattung und der Qualifikation des Lehrpersonals führt, die keinen einheitlichen Regeln folgt (BMBF 2014, S. 29f.). Klare Verantwortlichkeiten, wie es sie im Dualen System der beruflichen Bildung bei den Berufsschulen oder im Fachschulwesen gibt, fehlen. Auch fehlen politische Rahmensetzungen zur Erhöhung der Kapazität und der Qualität der Pflegeausbildung gemäß dem erkennbaren zukünftigen Bedarf. Anders auch als in vergleichbaren Ländern steht die Institutionalisierung einer externen Qualitätssicherung und -entwicklung aus. International ist es zwischenzeitlich Standard, dass Pflegefachkräfte mindestens über einen Bachelor-, zunehmend sogar über einen Masterabschluss verfügen. Nach dem Europäischen Qualifikationsrahmen EQR, der zwischenzeitlich in den Deutschen Qualifikationsrahmen DQR übernommen wurde, erreichen sie andernorts regulär die Qualifikationsstufe 6, in Deutschland dagegen nur die Qualifikationsstufe 4. Zwar gibt es zunehmend auch in Deutschland pflegewissenschaftliche Studiengänge. Dies jedoch überwiegend abseits der berufsqualifizierenden regulären Ausbildung, weil ein pflegewissenschaftliches Studium im Rahmen der Erstqualifizierung nicht zu einer Berufsanerkennung als Pflegefachperson führt. Die meisten Studiengänge sind als Weiterqualifizierung für Pflegefachkräfte angelegt, die bereits auf einige Jahre Berufstätigkeit zurückblicken. Deshalb und weil bei dem entstandenen Wildwuchs von Studiengängen kirchliche und private Hochschulen eine große Rolle spielen, haben Studiengebühren eine hohe Relevanz. Beispiel Witten-Herdecke. Die dortige Privatuniversität spielt bei der Etablierung der Pflegewissenschaft durch den Transfer von Ansätzen aus z.B. Kanada oder Finnland eine wichtige Rolle. Die Studiengänge, die im WS 20/21 gestartet sind, erstrecken sich über 4 Semester mit mtl. Studiengebühren beim Pflege-Masterstudiengang von 740 €

und beim Studiengang „Community Health Nursing“ von 513 €. Wer aus dem Programm des Kooperationspartners „Robert Bosch Stiftung“ kein Stipendium erhält, muss Studienkosten von 17.760 € resp. 12.312 € privat aufbringen; entweder sofort oder durch eine einkommensabhängige Späterzahlung. (<https://studierendengesellschaft.de/studiengang/pflegewissenschaften-ma/>; 19.01.21). Auch bei der regulären nicht-akademischen Ausbildung - nach der Pflegeberufereform von 2017 führt sie im Rahmen generalistischer Ausbildung ab 2020 zu einem Abschluss als Pflegefachperson – ist die bislang an den privaten Schulen vielfach noch übliche Schulgeldzahlung erst 2020 entfallen. Bei den anderen Gesundheitsfachberufen sind Schulgeldzahlungen auch 2021 weiterhin die Regel.

Die Misere, die die Pflegeausbildung in Deutschland kennzeichnet, ist das Ergebnis einer weitgehend inaktiven Rolle der Bildungs- und Wissenschaftspolitik. Statt im Lichte von 40 Jahren Rückstand gegenüber den Ländern, denen bei der Schaffung eines wissenschaftlichen Fundaments für pflegerische Tätigkeiten eine Vorreiterrolle zukam, endlich entschiedene Schritte zur Konsolidierung der Pflegewissenschaft in Deutschland zu ergreifen, bleibt es bei punktuellen Initiativen. Unter den Flächenländern nimmt dabei Baden-Württemberg eine gewisse Vorreiterfunktion wahr. Anknüpfend an die Tradition der Berufsakademien existieren an der staatlichen Dualen Hochschule Baden-Württemberg duale Studiengänge, die die Erreichung eines Berufsabschlusses mit einer akademischen Qualifizierung verbinden (<https://www.heidenheim.dhbw.de/studienangebot/bachelor/gesundheit/angewandte-gesundheits-und-pflegewissenschaften/>, 19.01.21). Dies könnte zukunftsweisend sein, fand in anderen Bundesländern aber noch kaum Nachahmer. Es gibt also ein ganzes Geflecht von Gründen, die erklären, warum die Professionalisierung der Pflege in Deutschland dem Niveau, das vergleichbare Länder schon vor Jahrzehnten erreicht haben, immer noch hinterherhinkt. Auch die Pflegeberufereform von 2017, deren Umsetzung 2020 startete, bleibt hinter den Notwendigkeiten zurück. So sind neben dem generalistischen Abschluss „Pflegefachperson“ Abschlüsse in Altenpflege und Kinderkrankenpflege weiterhin möglich, obwohl es für diese Berufsabschlüsse keine EU-weite Anerkennung gibt. Die Strukturprobleme bei den „Schulen“, die im schulrechtlichen Sinne gar keine Schulen sind, hat die Reform ausgespart, was für ihre erfolgreiche Umsetzung eine schwere Hypothek darstellt.

### *Es geht nicht nur um die pflegerischen, sondern auch um die therapeutischen Berufe*

Das Problem der fehlenden Aufwertung trifft nicht nur die pflegerischen Berufe, sondern die Gesundheitsfachberufe insgesamt. Statistisch fallen sie unter die Kategorie der „nicht-ärztlichen Berufe“. In der das arztzentrierte deutsche Denken prägenden Unterscheidung von ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal steckt folgende Botschaft: Die Referenzprofession im deutschen Gesundheitssystem ist der Arzt, die Ärztin. Alle anderen Professionen haben keine Wertigkeit aus sich selbst heraus, sondern immer nur in Referenz zu Ärzten, denen sie in der Hierarchie untergeordnet sind. Demgegenüber lautet die statistische Oberkategorie im angelsächsischen wie auch im skandinavischen Raum „Health Professionals“ („Gesundheitsprofis“). Die Gesundheitsprofis oder Gesundheitsfachkräfte haben unterschiedliche Professionen und begegnen sich schon in der Statistik auf Augenhöhe. Zwar sind ärztliche Berufe regulär auf der Qualifikationsstufe 7/8 angesiedelt und die anderen Gesundheitsfachberufe auf dem geringeren Niveau 6/7. Der Abstand beträgt aber nur ein bis zwei Stufen verglichen mit regulär 4 Stufen in Deutschland. Für die hierarchische Unterordnung bildet dies die Legitimationsgrundlage. Entsprechend groß ist der ärztliche Widerstand gegen eine echte Aufwertung der „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsfachberufe.

Unter Ländern mit vergleichbar hohem Entwicklungsstand ist Deutschland zwischenzeitlich das einzige Land ohne grundständige Akademisierung der Pflegeberufe und der therapeutischen Berufe. Die ausgebremste Professionalisierung geht mit einer geringen Berufsautonomie und einer unterirdisch schlechten Tarifbindung ebenso einher wie mit einem ausgeprägten Gender-Gap. Der Gender-Gap bei den Verdiensten des vollzeitbeschäftigten Personals in den Sozial- und Gesundheitsberufen ist zwar kurzfristig leicht gesunken von 24,6 Prozent im Jahr 2010 auf 22,7 Prozent im Jahr 2015, dann bis 2019 aber wieder auf 24,6 Prozent angestiegen. Er fällt damit mehr als doppelt so hoch aus wie in den skandinavischen Ländern.<sup>7</sup> Hier kommt Folgendes zum Tragen: Die Selbstverwaltung beinhaltet die ständige Reproduktion tradierter korporatistischer Macht- und Herrschaftsverhältnisse, soweit und solange 1) Politik und Staat nicht im Sinne derjenigen eingreifen, die über keine institutionell abgesicherten Machtressourcen verfügen und/oder 2) die in der Hierarchie unten stehenden Berufsgruppen es nicht schaffen, sich kraftvoll zu organisieren, um die Machtverhältnisse zu ändern. Beides kommt in Deutschland zusammen. Im Ergebnis ist die Berufsautonomie der Ärzte im internationalen Vergleich eine der höchsten, vielleicht die höchste; und die der anderen Gesundheitsfachberufe eine der niedrigsten, möglicherweise die niedrigste. Die das deutsche Gesundheitssystem prägenden extremen Macht-dysbalancen haben eine ausgeprägte Geschlechterdimension. Wo Fachärzte als faktische MedizinerInnen ambulant tätig sind, erzielen sie dort die höchsten Einkünfte, wo Frauen in der Minderzahl sind. Konkret: Im niedergelassenen Bereich dominieren Frauen Fachrichtungen (u.a. Allgemeinmedizin, Jugend- und Kinderheilkunde, Psychiatrie), wo die Einkommen nicht das mehr als Fünffache des Medianeinkommens erreichen, wie es im Mittel der Fall ist.<sup>8</sup> Im stationären Bereich wiederum stellen Frauen gemäß der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (Stand: 31.12.2020) zwar knapp 49 Prozent des ärztlichen Personals, erreichen unter den Ärzten mit leitender Funktion aber nur einen Anteil von knapp 15 Prozent (vgl. BÄK 2021). Erfasst sind hier Oberärzte, leitende Oberärzte und Chefärzte. Zur Frauenrepräsentanz unter den Chefärzten existieren keine statistischen Angaben. Einzelbefunde lassen jedoch erwarten, dass der Frauenanteil hier eher unter als über 10 Prozent liegt. Schon bei den Ärzten gibt es also ein erhebliches Einkommensgefälle zum Nachteil von Ärztinnen. Zu den anderen Gesundheitsfachberufen – mehr als 80 Prozent der dort Beschäftigten sind Frauen - tut sich dann aber eine wahre Kluft auf. Statistiken existieren aus den oben thematisierten Gründen nicht. Aufgrund von Einzelbefunden kann jedoch die These gewagt werden, dass niedergelassene Ärzte ein sieben- bis achtfach so hohes Einkommen haben wie die in ambulanten Praxen tätigen Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten usw.

Der internationale Vergleich lehrt: Vorreiter bei der Überführung der Ausbildung pflegerischer und therapeutischer Berufe an Hochschulen und Universitäten mit berufspraktischen Teilen an Kliniken und anderen Gesundheitseinrichtungen waren angelsächsische und skandinavische Länder, wobei

---

<sup>7</sup> In Skandinavien wurde der Verdienstrückstand mit gewissen Schwankungen kontinuierlich abgebaut und betrug im Jahr 2019 abgesehen von Finnland weniger als 10 Prozentpunkte (Finnland: 20,2 Prozent). Datenquelle: Eurostat, Geschlechtsspezifisches Verdienstgefälle, ohne Anpassungen, nach NACE Rev. 2 Tätigkeit - Methodik: Lohnstrukturerhebung [earn\_gr\_gpgr2] NACE\_R2 (Gesundheits- und Sozialwesen); Update 24.02.2021.

<sup>8</sup> Während Ärzte in Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem in u.a. Finnland, Island, Norwegen, Schweden und Spanien ungefähr das zweifache Durchschnittseinkommen (Median) erzielen und in Großbritannien das gut dreifache, erzielen Allgemeinmediziner in Deutschland das 4,4-fache und Fachärzte das 5,4-fache Durchschnittseinkommen. Damit toppen sie ihre Kollegen und Kolleginnen in den anderen Ländern mit Pflichtversicherungssystem, die zwar mehr verdienen als Ärzte in staatlichen Systemen, aber hinter dem deutschen Einkommensniveau gleichwohl deutlich zurückbleiben. Datenquelle: OECD, Health Statistics Nov. 2019.

unter den skandinavischen Ländern Island und Schweden die Akademisierung schon ab Ende der 70er Jahre vorangetrieben haben (Halldorsson 2003, S. 62f.). Von Schweden und Island ausgehend, setzte sich die Ausprägung einer professionellen Rolle der Nurses, der Hebammen, der Physiotherapeuten usw. in der Art eines Geleitzuges zunehmend im ganzen skandinavischen Raum durch; zunächst in Norwegen, zuletzt (Anfang der 90er Jahre) in Dänemark. Anders jedoch als in den angelsächsischen Ländern wurde dabei ein Fahrstuhl installiert, der die nicht-akademischen Nurse-Assistenzkräfte im Qualifikationsniveau mit an hob. In Finnland zeigt sich dies am deutlichsten. Practical Nurses verfügen als Pflegeassistentenkräfte dort über eine dreijährige Ausbildung und rangieren somit beim formalen Qualifikationsniveau ungefähr dort, wo in Deutschland die Pflegefachkräfte angesiedelt sind. Auch in den südeuropäischen Ländern kam der Akademisierungszug bereits Ende der 70er Jahre in Gang, wobei hier Spanien eine Vorreiterfunktion einnahm.<sup>9</sup> Schon 1977 wurde die Krankenpflegeausbildung an Universitäten überführt mit vierjährigem Studium (Beobachtungsstelle 2014, S. 31ff.).

In den Ländern mit nicht-staatlichen Gesundheitssystemen (Pflichtversicherungssysteme mit unterschiedlich stark ausgeprägter korporatistischer Steuerung) kam die Akademisierung erst Jahrzehnte später im Zusammenhang mit dem Bologna-Prozess in Gang. Auch hier in der Art eines Geleitzuges. Frankreich startete mit der grundständisch akademischen Ausbildung der Pflegefachberufe im Studienjahr 2009/2010. Auch bei den Therapieberufen, wo im angelsächsischen und skandinavischen Raum die Berufszulassung teilweise schon lange an die Absolvierung eines Hochschulstudiums gebunden ist, nahmen die meisten kontinentaleuropäischen Länder erst mit Beginn des 21. Jahrhunderts Kurs in Richtung Akademisierung. Als letztes Österreich und die Schweiz bei der Physiotherapie (vgl. Richter). Aktuell geht der Befund dahin, dass Deutschland selbst unter den Nachzüglern zunehmend abgehängt ist. Dies zeigt sich nicht nur beim formalen Qualifikationsniveau, sondern auch bei den Berufsbildern und Kompetenzprofilen. Während in Deutschland Physiotherapeuten weiterhin keine Diagnosen stellen, therapeutische Maßnahmen nicht selbständig festlegen, Maßnahmen nicht evaluieren und keine Überweisungen tätigen dürfen, wurden diese Aufgaben in Frankreich und den Niederlanden schon vor rd. einer Dekade voll übertragen; in Österreich betraf die Übertragung zunächst nur die Vornahme von Evaluationen (BMBF 2014, Tab. 4.2.2., S. 112). Zwischenzeitlich jedoch erfolgten Erweiterungen des Kompetenzprofils, so dass die Physiotherapie in Österreich seit 2015/16 auf Basis der Durchführung einer Anamnese Diagnosen stellen und therapeutische Maßnahmen selbständig festlegen und evaluieren darf. Die berufliche Erstqualifikation ist nun der Bachelor (Qualifikationsstufe 6). Physiotherapieexperten mit erweiterten Rollen verfügen über einen Masterabschluss resp. einen PhD-Abschluss. Basierend auf einer wissenschaftlich reflektierten Berufspraxis sollen sie auch die Rolle von Innovatoren einnehmen, indem sie evidenzbasiertes Wissen ermitteln, im interdisziplinären

---

<sup>9</sup> Informationen zur nationalen Entwicklung der Gesundheitsberufe finden sich in den Länderstudien der Publikationsreihe „Health Systems in Transition“, die über die Webseite der Weltgesundheitsorganisation unter „European Observatory on Health Systems and Policies“ zugänglich ist (siehe unter: <https://eurohealthobservatory.who.int/> > publications; 14.03.21). Zu den meisten EU-Ländern liegen mehrere Studien vor, zu Deutschland etwa 4 aus dem Zeitraum von 2000 bis 2014, zu Spanien 2 allein aus dem Zeitraum von 2015 bis 2018. Die meisten Studien (8) liegen für das Vereinigte Königreich vor (Zeitraum 1999 bis 2015), was sich allerdings dadurch erklärt, dass 2011/2012 für alle 4 Regionen (Schottland, Wales, England, Nord-Irland) separate Studien erschienen sind. Relativ aktuelle Studien betreffen Norwegen (2020), Belgien (2020), Finnland (2019) und Polen (2019). Berufliche Vergleichsstudien existieren sowohl für die Pflegeberufe wie die Gesundheitsfachberufe. Für die Gesundheitsfachberufe insgesamt siehe die Studie des BMBF aus dem Jahr 2014. Einbezogen wurden Österreich, Frankreich, das Vereinigte Königreich und die Niederlande.

Austausch weiterreichen und für die Anwendung im physiotherapeutischen Prozess sorgen (siehe Physio Austria (2016, 2017, S. 19).

Wie penetrant die deutsche Politik bei der überfälligen Akademisierung der sogenannten nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen auf Zeit spielt, wird bei den Therapieberufen nur allzu deutlich. Für die Akademisierung hatte sich hier der Wissenschaftsrat sowie der SVR im Gesundheitswesen schon vor vielen Jahren ausgesprochen (siehe etwa das Gutachten „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ des SVR Gesundheit aus dem Jahr 2007). Zunächst jedoch dauerte es fast 10 Jahre ehe Modellstudiengänge zustande kamen. Die Erfahrungen waren durchweg positiv. Statt vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die internationalen Erfahrungen endlich die erforderlichen Schritte zu ergreifen, um den eigenen Entwicklungsrückstand abzubauen, werden die Modellstudiengänge nur ständig neu in die Verlängerung geschickt. Mit Antrag vom 23.03.2021 fordert die Grüne Bundestagsfraktion die Beendigung der Dauerschleife und die Vorlage eines verbindlichen Fahrplans für die Schaffung der Grundlagen einer regulären akademischen Ausbildung in der Ergotherapie, der Logopädie und der Physiotherapie (BT-Drs. 19/27829).

Als letztes europäisches Land hat sich Deutschland bei der Hebammenausbildung für eine grundständige Akademisierung entschieden. Diese starteten 2020 im Rahmen dualer Studiengänge. Immerhin, könnte man sagen. Erneut allerdings wird die Qualifizierung niedrig gehalten. Einem 3-jährigen Studium in Deutschland steht z.B. in Island ein 5-jähriges Studium gegenüber. Schon der Bachelorabschluss von Nurses dauert in Island 4 Jahre und für die Gemeindepflege ist ein aufbauender Masterstudiengang erforderlich. Für die Berufszulassung als Hebamme muss zunächst ein Pflegestudium absolviert werden; die Hebammenausbildung baut hier auf. Im weltweiten Vergleich haben „Nurses“, Hebammen wie auch Physiotherapeuten in Island den höchsten Professionalisierungsgrad erreicht. Schon 1978 wurde die Unterordnung der Nurses unter das ärztliche Weisungsrecht beendet. Nurses bilden eine professionelle Gruppe, die ihre Berufsangelegenheiten selbständig regelt und im klinischen Alltag in der Hierarchie nicht Ärzten, sondern nur höher gestellten Personen der eigenen Profession untergeordnet ist (Sigurgeirsdottir et al. 2014, S. 27). Etwa die Hälfte der Nurses durchläuft nach dem Bachelorabschluss eine postgraduierte Ausbildung (Master und PhD) (a.a.O., S. 91). Da die isländischen Nurses nach ihrem Grundverständnis einer salutogenetischen, ganzheitlich angelegten Gesundheitsphilosophie folgen, gelang die Ausprägung einer einheitlichen Organisation (Berufsverband und Gewerkschaft), während sich umgekehrt Ärzte immer mehr in Fachgesellschaften aufspalteten. Im Gesundheitssystem konnten die Nurses so eine Machtposition erlangen, die der der Ärzte nicht nachsteht. Im etablierten deutschen Selbstverwaltungssystem ist dies schon theoretisch kaum denkbar und kann praktisch ausgeschlossen werden.

### **Der ÖGD muss zu einer echten 3. Säule des Gesundheitssystems ausgebaut werden**

Wie wichtig in einer Epidemie oder Pandemie gut funktionierende Gesundheitsämter sind, die Virenausbrüche so nachverfolgen und eingrenzen, dass das Infektionsgeschehen kontrollierbar bleibt, wurde der Bevölkerung während des zurückliegenden Jahres schlagartig vor Augen geführt. Zugleich wurde deutlich, in welchem kläglichem Zustand sich die vielerorts unterfinanzierten und personell ausgedünnten lokalen und regionalen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsschutzes befinden. Die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* hat die Misere 2020 anhand der Entwicklung seit Mitte der 90er Jahre, wo die Ämter insgesamt besser aufgestellt waren, verdeutlicht (vgl. Heintze 2020a, S. 2-8).



Herausgestellt wurde dabei auch, dass das Aufgabenfeld des öffentlichen Gesundheitsdienstes weit über die traditionelle Kernaufgabe des Seuchen- und Infektionsschutzes hinausreicht. Angesiedelt sind hier wichtige Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung sowie kompensatorisch auch gewisse, in den Bundesländern sehr unterschiedlich ausgeprägte Zuständigkeiten im Bereich der Gesundheitsversorgung. Während in den Ländern mit staatlich geprägtem Gesundheitssystem der öffentliche Gesundheitsdienst das System insgesamt bezeichnet, steht er in Ländern mit traditionell korporativ organisierter Gesundheitsversorgung wie Deutschland oder Österreich für die 3. Säule des Gesamtsystems. Diese lange vernachlässigte 3. Säule wurde in der Pandemie zum zentralen Akteur. Der Staat hat hier die direkte Zuständigkeit, wobei sich aus der Mehrebenennatur der Organisation von Politikfeldern im deutschen Föderalismus ergibt, dass die übergeordneten Einrichtungen vom Robert Koch Institut bis zu dem u.a. für Impfstoffzulassungen zuständigen Paul Ehrlich Institut in die Zuständigkeit des BGM und die lokal agierenden Gesundheitsämter in die kommunale Zuständigkeit fallen.

Obwohl während der Pandemie das Bewusstsein dafür gewachsen ist, dass der öffentliche Gesundheitsdienst auf Ebene der Länder und Kommunen technisch ertüchtigt und personell gestärkt werden muss, ist von einer nachhaltigen Stärkung bislang noch eher wenig zu sehen. Zwar wurde zur Nachverfolgung von Infektionsketten massiv Personal aus anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes – die Bundeswehr eingeschlossen – in die Ämter abgeordnet. Hier handelt es sich jedoch um rein temporäre Verstärkungen. Bei der notwendigen Neuaufstellung der Ämter mit dauerhaft mehr Personal und umfassender Digitalisierung hakt es. Immerhin wurde am 29.09.2020 zwischen Bund und Ländern ein „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (ÖDG-Pakt) beschlossen. Der Bund stellt darüber 4 Mrd. € für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen zur Verfügung. Der Förderzeitraum beginnt in 2021 und erstreckt sich über 6 Jahre. Bis Ende 2021 sollen mindestens 1.500 neue Stellen geschaffen und mit ÖGD-ÄrztInnen sowie Fach- und Verwaltungspersonal besetzt werden; bis Ende 2022 sollen weitere 3.500 Vollzeitstellen hinzukommen. Ausgebaut werden soll auch die Verbindung zur Wissenschaft, zur Prävention und Gesundheitsplanung. Neben dem Mehr an Personal ist die Digitalisierung Programmschwerpunkt. Kurzfristig geht es hier darum, die bereits 2014 vom Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung in Kooperation mit dem Robert Koch Institut entwickelte open-source Software SORMAS (Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System) in allen Gesundheitsämtern zum Laufen zu bringen. Bund und Länder hatten sich das Ziel einer 90%igen Anschlussrate bis zum Jahreswechsel gesetzt. Tatsächlich erreicht wurde bis zum 31.12.2020 nach WAZ-Recherche jedoch nur eine Anschlussrate von rd. 30 Prozent (WAZ 17.01.21: <https://www.waz.de/politik/corona-sormas-software-gesundheitsaemter-pandemie-deutschland-id231346212.html>; 21.01.21). Bis Ende 2022 dann soll das „Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz“ (DEMIS) zur Verfügung stehen (vgl. BT-Drs. 19/25540 v. 21.12.20).

Die mit warmen Worten vorgetragene Anerkennung ist eine sehr flüchtige Währung. Bestand hat nur das, was in Strukturen gegossen wird. Dies gilt für die Pflege genauso wie für den ÖGD. Das Zeitfenster der Pandemie muss daher dafür genutzt werden, die langfristige Finanzierung des ÖDG auf eine verlässliche Basis zu stellen. Geschieht dies nicht, drohen die Ämter nach der Pandemie vielerorts Opfer kommunaler Finanznot zu werden. Gelingen kann die Etablierung des ÖGD als echte 3. Säule des Gesundheitssystems nur im Wege einer Föderalismusreform, die das Kompetenzgefüge zwischen den staatlichen Ebenen neu ordnet. Die letzten beiden Föderalismusreformen, die Föderalismusreform I des Jahres 2006 und die Föderalismusreform II des Jahres 2009 waren davon geprägt, die Glaubenss-

ätze des Neoliberalismus mit Verfassungsrang auszustatten. Das Leitbild der Kompetenzneuordnung, die die Föderalismusreform I prägte, bestand in der Zurückdrängung des kooperativen Föderalismus zugunsten einer Stärkung von Wettbewerbselementen. So sollte eine Befreiung aus der Verflechtungsfalle erfolgen, wobei ignoriert wurde, dass die Gestaltung der meisten Politikfelder auf mehreren Ebenen erfolgt. Eine schlichte Trennung der Zuständigkeiten erweist sich daher als nicht zielführend (Vgl. Scharpf 2006). Teilweise ist sie regelrecht schädlich; die Zurückdrängung des Bundes aus der Bildungspolitik (sog. Kooperationsverbot) liefert dafür ein eindrückliches Beispiel. Eine wesentliche Lehre der Pandemie besteht darin, dass kooperatives Handeln von der föderalen Kompetenzordnung her eine Stärkung bedarf. In diesem Rahmen auch sollte der ÖGD Aufnahme in die Gemeinschaftsaufgaben des GG finden (Kapitel VIIIa: Gemeinschaftsaufgaben, Verwaltungszusammenarbeit; Artikel 91a oder 91b). Auf dieser Basis dann ließe sich die Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der Gesundheitsämter verstetigen und auch sicherstellen, dass der ÖGD endlich in die Gesundheitsberichterstattung aufgenommen wird.

Außerdem: Es ist dringend nötig über Public Health als Gesundheitsdisziplin zu reden. Derzeit spielt sie in Deutschland nur eine randständige Rolle. Im angelsächsischen Raum dagegen ist Public Health medizinische Leitdisziplin. Ihr auch in Deutschland zu diesem Status zu verhelfen, sollte eine weitere, in der Rangfolge weit oben stehende Lehre aus der Pandemie sein.

## Literatur

- Anell, Anders/Glenngard, Anna H./Merkur, Sherry (2012): Sweden – Health system review, in: Health Systems in Transition (HiT) Vol. 14, No. 5, 2012, S. 1-159.
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2018): MEMORANDUM 2018. Preis der „schwarzen Null 2: Verteilungskonflikte und Versorgungslücken, Köln
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2019): MEMORANDUM 2019. Klimakollaps, Wohnungsnot, kriselnde EU – Alternativen der Wirtschaftspolitik, Köln
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2020): MEMORANDUM 2020. Gegen Markt- und Politikversagen – aktiv in eine soziale und ökologische Zukunft, Köln
- Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa (2014): (Alten)Pflegerausbildungen in ausgewählten Ländern der EU, verfasst von Waldhausen, Anna/Sittermann-Branden, Birgit/Matarea-Türk, Leticia, August 2014 (zit. als Beobachtungsstelle 2014).
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, Gütersloh: PDF-Datei über die Webseite der Stiftung (<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaeihige-krankenhausversorgung/; 23.05.21>)
- BT-Fraktion BÜNDNIS90/ DIE GRÜNEN; Antrag „Perspektiven für Therapieberufe schaffen – Verbindlichen Fahrplan für die reguläre akademische Ausbildung schaffen“ vom 23.03.2021, BT-Drs. 19/27829.
- Bühler, Sylvia/Ver.di (2017): Nachtdienst-Report 2015. Personalmangel und Versorgungsprobleme in deutschen Krankenhäusern: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++58cbd19ae58deb02e1da95e3/download/verdi-Nachtdienst-Report%20FINAL.pdf; 19.01.21>.
- Bundesagentur für Arbeit (2019): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, in: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2019: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>.
- Bundesärztekammer (BÄK): Ärztestatistik zum 31.12.2020: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik\\_2020/2020-Statistik.pdf; 23.05.21](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf; 23.05.21)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hg.) (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Bd. 15 der Reihe Berufsbildungsforschung, Bonn: [https://www.bmbf.de/upload\\_filestore/pub/berufsbildungsforschung\\_band\\_15.pdf; 20.05.21](https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf; 20.05.21).
- Bundesministerium für Gesundheit (BGM) (2021): Verordnung zur molekulargenetischen Surveillance des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Surveillanceverordnung – CorSurV): [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/CorSurV\\_BAnz\\_AT\\_19.01.2021\\_V2.pdf; 24.04.21](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/CorSurV_BAnz_AT_19.01.2021_V2.pdf; 24.04.21)
- Die Bundesregierung (2020): Konzertierte Aktion Pflege – Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Berlin

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-12-09\\_Umsetzungsbericht\\_KAP\\_barrierefrei.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-12-09_Umsetzungsbericht_KAP_barrierefrei.pdf); 16.01.21.

EU-Kommission (2020): Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: EU-Biodiversitätsstrategie für 2030, COM(2020) 380 final vom 20.5.2020: [https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:a3c806a6-9ab3-11ea-9d2d-01aa75ed71a1.0002.02/DOC\\_2&format=PDF](https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:a3c806a6-9ab3-11ea-9d2d-01aa75ed71a1.0002.02/DOC_2&format=PDF); 23.05.21.

Eurofound (2020): Longterm care workforce. Employment and Working conditions, Luxembourg.

European Commission (Hg.) (2020): Improving pandemic preparedness and management. Group of Chief Scientific Advisors to the European Commission, European Group on Ethics and New Technologies, Brussels, Nov. 2020: [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/jointopinion\\_improvingpandemicpreparednessandmanagement\\_nov2020\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/jointopinion_improvingpandemicpreparednessandmanagement_nov2020_0.pdf); 21.05.21.

Gießelmann, Kathrin (2019): Genomsequenzierung: Deutschland steht im Abseits, in Dtsch Arztebl 2019; 116(25): A-1215 / B-1004 / C-992.

Griffiths, Peter/Ball, Jane/Drennan, Jonathan et al. (2014): The association between patient safety outcomes and nurse, University of Southampton: <https://healthservice.hse.ie/filelibrary/onmsd/association-between-patient-safety-outcomes-and-nurse-healthcare-assistant-skill-mix-and-staffing-levels.pdf>; 17.01.21.

Halldorsson, Matthias (2003): Health Care Systems in Transition, Iceland, Copenhagen: WHO Regional Office on behalf of The European Observatory on Health Care Systems.

Hartnagel, Moritz/Hirl, Barbara (2020): Corona-Hilfen für Krankenhäuser - Milliarden Zahlungen helfen kau, SWR 02.12.2020 (Video verfügbar bis 02.12.2021). <https://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung/swr/coronahilfen-krankenhaeuser-100.html>; 23.05.21.

Heintze, Cornelia (2020a): Gesundheitsversorgung auf falschem Pfad: Hohe volkswirtschaftliche Bedeutung bei geringer Effizienz, Effektivität und Transparenz, Langfassung von Kapitel 5 des Memorandums 2020 der Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik: <https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/10656344.memorandum-20.html>

Heintze, Cornelia (2020b): Coronakrise und Gesundheitsversorgung, in: Sozialismus.de, 47. Jg. (2020), H. 5, S. 2 – 6 (Langfassung als Online-Publikation unter: <https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/10656350.coronakrise-und-gesundheitsversorgung.html>).

Heintze, Cornelia/Ötsch; Rainald/Troost, Axel (2020): Die Beschäftigungslücke in der sozialen Infrastruktur. Ungeddeckte Bedarfe für einen gute Versorgung mit öffentlichen und gemeinwohlorientierten Dienstleistungen in Deutschland, RLS-Studie 2-2020.

IPBES (2020): Biodiversity and Pandemics, Der Workshop vom 27. bis zum 31. Juli 2020, Hier: Deutschsprachige Zusammenfassung des Berichts: <https://www.de-ipbes.de/de/IPBES-Workshop-Bericht-zu-Biodiversitat-und-Pandemien-2075.html> (11.11.20)

Isfort, M. et al. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Hg. vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln.

- Isfort, M./Hylla, J./Gehlen, D./Tucman, D. (2017): Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit auf deutschen Intensivstationen; in: Pflegezeitschrift, Bd. 70, Nr. 5, S. 46–49.
- Isfort, M./Weidner, F. (Hg.) (2009): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Hg. vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln.
- Isfort, Michael (2017): Kritische Personalsituation; in: Die Schwester, der Pfleger, Bd. 56.2017, 11, S. 84-89.
- Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.) (2019): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langfristpflege – aber woher?, Berlin: Springer (zit. als AOK Pflege-Report 2019).
- Johns Hopkins Center for Health Security (Hg.) (2019): Global Health Security Index 2019 (GHS), unterstützt u.a. von der Bill & Melinda Gates foundation: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>
- KPMG (2018): Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflegelast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, Abschlussbericht (Auftraggeber: GKV-Spitzenverband/Deutsche Krankenhaesellschaft e.V.: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018\\_09\\_24\\_KPMG\\_Pflegepersonalausstattung\\_und\\_Pflegelast\\_Studie\\_final.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_09_24_KPMG_Pflegepersonalausstattung_und_Pflegelast_Studie_final.pdf); 18.01.21.
- Krankenhaus statt Fabrik (2020): Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen, 5. Auflage, Maintal: [file:///C:/Users/CORNEL~1/AppData/Local/Temp/KH\\_statt\\_Fabrik\\_Broschuere\\_2020-1.pdf](file:///C:/Users/CORNEL~1/AppData/Local/Temp/KH_statt_Fabrik_Broschuere_2020-1.pdf); 23.05.21.
- Krankenhaus statt Fabrik (2021): Die drohende Überlastung der Krankenhäuser. Die Coronakrise und das Fallpauschalensystem: Download unter: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>
- Kuchem, Thomas (2018): Unabhängigkeit der Weltgesundheitsorganisation. Das Dilemma der WHO, in: DLF am 17.07.2018: ([https://www.deutschlandfunkkultur.de/unabhaengigkeit-der-weltgesundheitsorganisation-das-dilemma.976.de.html?dram:article\\_id=423076](https://www.deutschlandfunkkultur.de/unabhaengigkeit-der-weltgesundheitsorganisation-das-dilemma.976.de.html?dram:article_id=423076); 19.01.21.
- Lehmann, Yvonne/Behrens, Johann (2016): Akademisierung der Ausbildung und weitere Strategien gegen Pflegepersonalmangel in europäischen Ländern, in: AOK Pflegereport 2016, Kapitel 4 ab Seite 51.
- Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the EU (MISSOC) (2020): <https://www.missoc.org/missoc-information/missoc-vergleichende-tabellen-datenbank/?lang=de> (Stand: 1.1.2020).
- OECD (Hg.) (2019): OECD Health Statistics 2019: <https://www.oecd.org/els/health-systems/List-of-variables-OECD-Health-Statistics-2019.pdf>.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a): Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies (hg. von Busse, Reinhard, Klazings, Niek, Panteli, Dimitra und Quentin, Wilm), OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019b): Germany. Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Pflegepersonalstärkungsgesetz II vom 21. Dezember 2015, BGBl. I S. 2424.
- Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom 5. Oktober 2018, BGBl. I, Nr. 34, 10.10.2018, S. 1632.
- Physio Austria (Hg.) (2016, 2017): Die Physiotherapeutin, Der Physiotherapeut – Kompetenzprofil (Autoren: Dr. Ursula Eckler, MSc Barbara Gödl-Purrer, PhD Emalie Hurksmans et. al.), Wien: [https://www.physioaustria.at/system/files/general/phy\\_kompetenzprofil\\_deutsch\\_fin\\_072017.pdf](https://www.physioaustria.at/system/files/general/phy_kompetenzprofil_deutsch_fin_072017.pdf); 22.05.21.
- Richter, Robert (2016): Physiotherapie und Wissenschaft. Die wissenschaftliche Emanzipation der Physiotherapie im Spannungsfeld von Disziplinbildung und Professionalisierung, Dissertation zum Dr. phil an der Universität Potsdam 2016: [https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/9470/file/richter\\_diss.pdf](https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/9470/file/richter_diss.pdf), 13.05.21.
- Robert Koch Institut (RKI) (2021): Bericht zu Virus-Varianten von SARS-CoV-2 in Deutschland vom 5. Mai 2021: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/DESH/Bericht\\_VOC\\_2021-05-05.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Bericht_VOC_2021-05-05.pdf?__blob=publicationFile); 10.05.21.
- Scharpf, Fritz W. (2006): Föderalismusreform: Weshalb wurde so wenig erreicht?, in: APuZ 50 v. 11.12.2006, S. 5ff.
- Secretariat of the Convention on Biological Diversity (2020): Global Diversity Outlook 5, Summary for Policy Makers, Montréal.
- Seibert, Holger/Carstensen, Jeanette/Wiethölter, Doris (2018): Entgelte von Pflegekräften – weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen, in: IAB-Forum 16. Januar 2018 (<https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen/?pdf=6353>); 23.05.21.
- SGB V (Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches – Gesetzliche Krankenversicherung) vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 1a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299).
- SGB XI (Elftes Buch des Sozialgesetzbuches – Soziale Pflegeversicherung) vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299).
- Sigurgeirsdottir, Sigurbjörg/Waagfjörd, Jónína/Maresso, Anna (2014): Iceland – Health System Review, in: HiT Vol. 16 (6); Kopenhagen, S. 1-182.
- Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung, HBS-Working-Paper Forschungsförderung, Nr. 096, Oktober 2018.
- Simon, Michael (2020): Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems, Working Paper der HBS-Forschungsförderung Nr. 196, November 2020, Düsseldorf.
- SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik/Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)/Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw)/Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB) (2020): Abschlussbericht im Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissen-



schaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI, Bremen August 2020.

Ständige Impfkommission beim RKI (STIKO) (2021): Beschluss der STIKO zur 4. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung. [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/16\\_21.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/16_21.pdf?__blob=publicationFile); 19.05.21.

SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2007): Gutachten „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“, BT-Drs. 16/6399 zur Unterrichtung durch die Bundesregierung: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>; 20.05.2015

Warsberg, Anna (2020): Kritik an Geldgebern - Wie finanziert sich die WHO?, ZDF am 18.05.2020: <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/coronavirus-who-organisation-finanzierung-100.html> (19.01.21).

Watts, Nick/Amann, Markus et al. (2019): The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate, in: The Lancet, Vol 397, Issue 10211, S. 1836-1878. (DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32596-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32596-6): [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32596-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32596-6/fulltext); 11.01.21); zitiert als Lancet-Report on health an climate change.

Webster, Paul (2021): COVID-19 highlights Canada's care home crisis, in: The Lancet, World Report| Volume 397, Issue 10270, S. 183 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00083-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00083-0)).

WHO (Hg.) (2019): Strengthening health systems through nursing – Evidence from 14 European countries (Rafferty, Anne Marie et al.), Health Policy Series No. 52.